FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

413

ANNÉE 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1906, à 1 heure.

PAR

CHARLES PAUL

Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Lille
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AVORTEMENT CRIMINEL

LES PERFORATIONS UTÉRINES GANGRÉNEUSES

Président. .	M. POUCHET, *professeur.*
Juges . . .	MM. GAUCHER, *professeur.*
	CLAUDE, *agrégé.*
	BALTHAZARD, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ÉMILE LAROSE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, rue Victor Cousin, 11

1906

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/contributionletu0000vari_b3r3

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUCHET

PROFESSEUR DE PHARMACOLOGIE ET DE MATIÈRE MÉDICALE,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions de bien vouloir agréer nos très respectueux remerciements.

Charles Paul

A M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE, MEMBRE DE L'INSTITUT,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR THOINOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

Mon cher Maître,

Permettez-moi de vous offrir la dédicace de cette thèse, à vous qui en avez été l'instigateur et qui avez si aimablement mis à ma disposition tous les documents nécessaires à son exécution.

Durant les deux années pendant lesquelles j'ai eu l'honneur d'être votre élève, j'ai apprécié toute la bonté dont vous êtes capable. Pendant les leçons que vous avez faites à l'Institut de Médecine légale, à la Faculté de Droit et aux Candidats à la Magistrature, vous vous êtes attaché à faire non seulement de futurs légistes, mais aussi, et c'est là que votre influence est si

heureuse et si utile, vous avez cherché à préparer de jeunes Magistrats ; vous leur avez montré ce qu'était un expert et vous avez relevé à leurs yeux la situation du médecin qu'ils rencontreront demain dans les Parquets de province.

Vous m'avez fait aimer la Médecine légale, grâce à l'exposition si claire et si précise que vous apportez dans les nombreux cas soumis à votre compétence et qui vous ont valu cette haute considération auprès des Cours et des Tribunaux.

J'ai, dès le début, éprouvé pour vous un sentiment de profonde admiration que vous m'avez permis de transformer en une respectueuse affection.

Laissez-moi vous remercier chaleureusement de l'intérêt que vous n'avez cessé de me témoigner.

A MON PÈRE

MONSIEUR EUGÈNE PAUL

PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR D'APPEL DE DOUAI

Je dédie ce modeste travail de Médecine légale, pour chercher à lui faire oublier que son fils unique n'est pas Magistrat.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAMY

MEMBRE DE L'INSTITUT ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

qui, en souvenir des liens d'affection qui l'unissaient à mon grand-père, s'est toujours montré pour moi si accueillant et si bienveillant.

Dès ma sortie de la Faculté des Sciences de Lille, pendant la période des vacances, les Docteurs Ovion, Aigre, Gros et Dutertre ont bien voulu m'admettre à suivre leurs visites à l'hôpital Saint-Louis de Boulogne-sur-Mer. Le souvenir de mon grand-père, le Docteur Duhamel, qui fut chirurgien en chef de cette maison, m'y a ouvert bien des portes et a donné à ces praticiens une patience dont je leur suis encore reconnaissant, pour m'inculquer les premiers principes de médecine et de chirurgie. Qu'ils en acceptent ici tous mes remerciements.

Les Professeurs Debierre, Gérard, Cousin, Bédard, Wertheimer et Laguesse ont bien voulu, par leurs conseils, me rendre facile l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de l'histologie.

Stagiaire dans les hôpitaux de Lille, je fus heureux d'approcher les Professeurs Follet et Dubar qui ne nous épargnèrent pas leurs conseils.

Reçu externe des Hôpitaux de Lille en 1898,

c'est dans le service du Professeur Gaulard que je débutai. Grâce à ses savantes leçons et aux conseils cliniques du Professeur Bué, j'appris facilement l'art des accouchements. Je passai l'année 1898-1899 dans le service de chirurgie infantile du Professeur Phocas, et je n'oublierai pas cet opérateur habile, ce Maître si bienveillant.

En 1899 et 1901, j'eus l'honneur d'appartenir à la Clinique médicale de Saint-Sauveur et de rentrer dans le service du Professeur Lemoine où déjà j'avais été stagiaire. Je conserverai toujours au Maître si distingué le respect qu'il a su m'inspirer ; ses conseils cliniques au lit du malade furent pour moi le meilleur des enseignements, et j'ai pu, par la suite, appliquer ses leçons si précises et si claires.

1900 fut consacré au Service militaire. Cette année, perdue pour mes études médicales, m'a cependant laissé de bons souvenirs, et j'y ai contracté une très vive amitié pour le Docteur Faure-Beaulieu que j'eus comme collègue aux chasseurs alpins et que je devais rencontrer par la suite dans les hôpitaux.

En 1902, à mon arrivée à Paris, j'eus la chance de retrouver mon ancien Doyen de la Faculté de Lille, le Professeur de Lapersonne qui voulut bien alors continuer à me témoigner la même bienveillance qui l'avait fait tant aimer de ses

élèves à Lille. Qu'il veuille bien agréer l'expression de mes respectueux remerciements et adjoindre le très humble témoignage d'admiration aux éloges que le Maître reçoit journellement pour l'organisation du service d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu.

Reçu externe des Hôpitaux de Paris; le premier hôpital où je fus attaché fut Saint-Louis, et le Docteur Balzer fut pour moi un Maître bienveillant. Avec une clarté d'esprit admirable, il m'a enseigné les maladies de la peau. J'ai largement profité de ses leçons et de ses consultations ; j'ai puisé auprès de lui une véritable richesse thérapeutique pour ces cas si nombreux de dermatologie que seul au monde l'hôpital Saint-Louis renferme.

L'année suivante, me conduisit à l'hospice des Enfants Assistés auprès de M. le Professeur agrégé Jalaguier. Je n'oublierai pas son enseignement fécond et pratique; sa science d'opérateur, son sûr diagnostic clinique m'ont toujours émerveillé.

J'ai passé 1905 et 1906 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Professeur agrégé Thoinot. Dans cet hôpital si vivant et si riche en malades intéressants, j'ai eu l'occasion de parfaire mon éducation médicale.

Il m'est impossible aujourd'hui, au moment

de quitter la Faculté, de ne pas avouer l'émotion intense que je ressens à l'heure de dire adieu à tous ceux qui, pendant ces dix années d'études médicales, furent mes camarades Aucun d'eux ne sera oublié et j'envoie à tous un très cordial salut.

Les uns, tel mon vieil ami, Frédéric Péron, furent des amis d'enfance ou de collège, et des professions différentes vont maintenant nous séparer. D'autres, rencontrés par hasard à Lille et à Paris sont, tel mon collègue Louis Trique-neaux, devenus compagnons de chaque jour.

MM. Desmarets, Lequeu, Poisot et Rivet, ces jeunes maîtres de l'avenir, ont été pour moi les meilleurs conseillers aux moments très pénibles de la préparation des concours ou des examens. A eux aussi tous mes remerciements.

Lancé maintenant dans le tourbillon de la vie, n'étant plus étudiant, mais devenu Docteur, je garderai de tous le souvenir des heures agréables passées avec eux.

INTRODUCTION

Dans son article sur l'avortement, *Tourdes*, après avoir énuméré les différentes lésions matérielles que laissent sur la matrice les traumatismes internes, ajoute :

« La perforation et les ruptures de l'utérus nécessitent une attention particulière. Il faut en effet distinguer les solutions de continuité qui sont le résultat de manœuvres abortives de celles qui ont été produites par un accident ou par la maladie ».

Mais, ajoute-t-il : « La difficulté commence lorsque la mort n'a pas été immédiate et qu'une inflammation gangréneuse a eu le temps d'altérer et d'agrandir la lésion traumatique pour lui donner les apparences d'une altération spontanée ».

A l'autopsie de femmes mortes dans des conditions qui parfois permettent la suspicion d'avortement criminel, ou qui d'autres fois l'affirment,

on rencontre une lésion très typique caractérisée par une perforation de l'utérus avec gangrène circonscrite aux seuls bords de la perforation, le reste de l'utérus demeurant sain.

Cette lésion est-elle pathognomonique des manœuvres criminelles, ou la rencontre-t-on ailleurs ?

Telle est l'importante question médico-légale qui fait le sujet de cette thèse :

Après avoir lu avec attention tous les travaux qui pouvaient traiter de la gangrène de l'utérus, nous avons été frappé des variations qu'on y rencontre sur certains points. Parfois, il nous a semblé qu'on s'était trop pressé de tirer des conclusions absolues de certaines lésions macroscopiques considérées comme non criminelles, sans tenir compte des lésions anatomo-pathologiques parfois si semblables aux premières, et dans lesquelles l'étiologie ne faisait pas de doute.

Nous voudrions chercher à élucider quelles sont les limites qui séparent ces lésions véritablement criminelles qui, seules, peuvent intéresser le médecin légiste de ces autres dont on a fait des lésions spontanées d'ordre pathologique.

Nous voudrions en un mot, voir s'il existe vraiment en dehors de manœuvres intra-utérines, des perforations gangréneuses de cet organe, ou

si l'on veut, des gangrènes localisées (Gangrena uteri perforans des Allemands).

Étudiant la question sans parti-pris, nous espérons y réussir mais nous n'avons accompli ces recherches que, persuadé de trouver la bienveillance que comporte un premier travail.

Dans un premier chapitre, pour bien montrer au lecteur en quoi consiste ce que l'on peut appeler perforation gangréneuse, nous reproduirons trois observations absolument typiques de cette affection : l'une d'elles nous a été aimablement communiquée par le Docteur Lapointe, quelques jours après la découverte par M. Thoinot de deux autres utérus dans deux autopsies faites à la Morgue de Paris.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons l'historique de la question et dans un troisième chapitre d'anatomie pathologique, nous examinerons en même temps les lésions décrites par les auteurs sur la gangrène et les perforations gangréneuses de l'utérus et nous comparerons leurs résultats aux nôtres pour montrer qu'ils sont semblables.

Bien que notre sujet entrepris au point de vue médico-légal seulement ne comporte pas l'examen de faits purement cliniques, nous essaierons de dégager, dans la mesure du possible,

les symptômes cardinaux de la perforation gangréneuse.

Puis, nous ferons suivre ce quatrième chapitre, du relevé des observations, soit d'avortements, soit d'accouchements où, après autopsie, on a noté la présence de perforations gangréneuses.

Enfin, dans un chapitre d'ensemble, nous chercherons à dégager l'étiologie et la pathogénie de l'affection qui fait l'objet de notre travail. Nous insisterons particulièrement à notre point de vue spécial, sur la discussion des observations jusqu'ici décrites comme exemple de perforation spontanée.

De ce dernier chapitre, nous tirerons nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation 1 (*inédite*) recueillie sous la direction de M. le Professeur agrégé Thoinot.

Femme B...., âgée de 23 ans, ménagère. Réglée à 14 ans, deux grossesses antérieures à terme avec enfants vivants actuellement.

Enceinte d'après ses dires de deux mois environ.

Amenée à l'isolement du service de la Maternité de l'hôpital St-Antoine le 28 octobre 1905, à 2 heures de l'après-midi, dans un état extrêmement précaire. Elle se plaint de douleurs abdominales qui lui arrachent des cris incessants ; le facies est angoissé.

A l'interrogatoire, la malade raconte qu'étant enceinte de deux mois et ayant perdu du sang elle est tombée malade la veille et a consulté une sage-femme.

M. Kauffmann interne du service, prévenu, l'examine :

La femme a le teint terreux, ictérique, les conjonctives sont jaunes, le facies péritonéal, pas de vomissements. Pouls 120, température 36°,5. Le ventre n'est

pas ballonné, mais dur, les grands droits sont contracturés violemment, le foie déborde de deux travers de doigt le rebord des fausse-côtes (1).

On décide de faire immédiatement un curetage.

Dès l'introduction de la curette qui ramène des débris extrêmement fétides de placenta putréfié qui étaient dans le col, on s'aperçoit que l'utérus n'a pas de fond et que la curette pénétrerait dans le ventre. Avec l'hystéromètre on constate que le fond de l'utérus est absolument détruit ; cependant une petite quantité d'eau oxygénée introduite sans pression dans l'utérus ressort à l'extérieur.

On cesse naturellement toute intervention et M. Brindeau est prévenu. A 6 heures du soir, il voit la malade qui n'a encore émis aucune urine, il ordonne le repos complet et fait appliquer une vessie de glace sur le ventre.

Le 29 octobre. — M. Bar voit la malade. Facies d'intoxiquée. La sonde n'a ramené que 10 grammes environ d'une urine noirâtre. Il pense de suite à une intoxication par le sublimé.

La malade mise en confiance et interrogée à part par l'interne, raconte qu'on lui a fait avec une longue canule des injections dans la matrice, la première avec un liquide bleu et la seconde avec un liquide blanc. Elle

1. La partie clinique de cette observation m'a été aimablement communiquée par M. le Professeur agrégé Bar qui a bien voulu en outre nous donner quelques conseils au sujet de notre thèse.

ajoute qu'elle a commencé à souffrir aussitôt après et a perdu dès le lendemain du sang avec des caillots.

Le ventre est toujours dur et contracturé, l'ictère est intense, le foie est gros, la malade a un peu de délire. Température 36°,6. Pouls 112. Devant l'anurie, on essaie de poser des ventouses scarifiées sur les reins, mais malgré tout les urines continuent à manquer. Glace sur le ventre.

Le 30 octobre. — Même état, la malade est plus prostrée, le facies est de plus en plus angoissé, le délire tranquille s'accentue. Même traitement.

Le 31 octobre. — La malade délire de plus en plus et meurt dans l'après-midi.

A la suite d'une plainte déposée entre les mains du Procureur de la République, une enquête est ouverte et le Docteur Thoinot est chargé de l'autopsie médico-légale.

Autopsie pratiquée à la Morgue de Paris, le 7 novembre 1905 à 11 heures du matin, en présence de MM. les Docteurs Bar et Brindeau, et Kauffmann, interne de la Maternité, et des Elèves de l'Institut de Médecine légale.

Le corps, enseveli dans un drap, est celui d'une femme relativement jeune qui porte au poignet droit le brassard de la salle des morts de l'hôpital St-Antoine.

Femme B...

Prénom A...

Age : 23 ans.

Date du décès : 31 octobre, 4 heures du soir.

Salle : Isolement Maternité.

D'ailleurs l'identité du cadavre est vérifiée par

MM. Bar, Brindeau et Kauffmann qui le reconnaissent.

La rigidité cadavérique a disparu aux membres supérieurs, elle persiste encore aux membres inférieurs, mais d'une façon très légère. Le cadavre a dans son ensemble une teinte subictérique, marquée surtout aux membres supérieurs ; cette teinte subictérique s'étend aux conjonctives.

La putréfaction est à peine commencée et se marque par une teinte verdâtre qui s'étend sur les deux fosses inguinales. Un peu de sanie rougeâtre s'écoule des orifices buccaux et nasaux. Abondantes taches hémorragiques (pétéchies) sur la poitrine. Trace de ventouses scarifiées sur la paroi postérieure du corps, au niveau des reins. A la pression on fait sortir des seins et surtout au niveau du mamelon gauche un peu de liquide séreux et jaunâtre.

Œdème considérable de la vulve, d'où il s'écoule un peu de liquide séro-purulent.

Ouverture du corps. — *Encéphale* : rien de particulier.

Cavité thoracique. — Un peu de transsudation rougeâtre dans la plèvre gauche où il y a des adhérences semi-dures en petit nombre. Un peu de liquide (environ 100 grammes) dans la plèvre droite. Les deux poumons sont normaux ; pas de lésions tuberculeuses du sommet. Dans la cavité péricardique, liquide séro-sanguinolent assez abondant (75 gr. environ). Sur la paroi viscérale du péricarde, à la base du ventricule gauche, quelques petites ecchymoses. Rien de pathologique aux valvules mitrales et aortiques.

Cavité abdominale. — Estomac : renferme 80 gr. environ d'un liquide qui semble être du café au lait.

Foie. — Très gros ; pèse 1.900 gr. ; a subi une dégénérescence graisseuse ; il est assez touché par la putréfaction.

Rate. — Pèse 200 gr. ; rien de particulier.

Reins. — Des deux côtés la substance corticale est complètement décolorée et la substance pyramidale y tranche en rouge sombre. Le bassinet ne renferme pas de calculs.

Toute la cavité péritonéale est remplie d'une sérosité louche, les anses intestinales sont agglutinées entre elles et forment une sorte de bloc mais sans adhérence complète et elles se détachent assez facilement l'une de l'autre. Lorsqu'on les enlève, on peut voir tout le petit bassin rempli de saniosités couleur chocolat, baignant dans un liquide de même couleur dont la quantité peut être évaluée à 100 gr. au moins.

Pour observer plus facilement les organes génitaux, on passe alors la lame d'un fort couteau au niveau de la symphise pubienne comme pour pratiquer une symphyséotonie, on détache alors en bloc (en rasant avec un couteau toutes les parois du bassin, après avoir sectionné le rectum entre deux ligatures) la vessie, tout le vagin, l'utérus et ses annexes.

Vessie. — Rien de particulier, putréfaction assez avancée.

Vagin. — Est intact, pas de trace de lésions anciennes ou récentes.

Utérus. — Il sort du col une sanie couleur chocolat.

Hauteur de l'utérus mesuré du col au fond : 12 cm. ; largeur mesurée d'une corne à l'autre : 11 cm. (**Planche I**).

Sur le fond de l'utérus, légèrement en avant, près de la face antérieure, on voit une perforation irrégulièrement ronde dont les diamètres sont : diamètre transversal 4 cm., diamètre sagittal 5 cm. Cette perforation est en forme de cratère avec des bords frangés et déchiquetés.

Tout autour, il existe, formant bordure, sur une largeur de 1 cm. 1/2, une zône dont la surface totale est de 8 cm. $\times$ 8 cm. 1/2, qui tranche par sa coloration brunâtre, couleur feuille morte, de consistance molle, d'aspect et d'odeur gangréneux, et s'en allant sous le doigt.

Cette zône, percée d'un trou, couvre en somme tout le fond de l'utérus, sauf une légère couronne où le tissu est resté normal.

Une sonde, introduite par cette perforation, ressort par le col et démontre ainsi que ce cratère communique largement avec la cavité utérine.

L'utérus, fendu sur sa ligne médiane et postérieure, renferme un magma brunâtre ; toute la muqueuse est brun chocolat, avec des débris de caduque encore adhérents.

On retrouve sur la face interne de l'utérus, lorsque celui ci a été coupé, la même zône gangrénée avec sa perforation au milieu. Toute la surface de la muqueuse est tomenteuse, brunâtre et recouverte de débris putrides et noirâtres.

L'épaisseur des parois utérines 3 cent. 1/2 de largeur

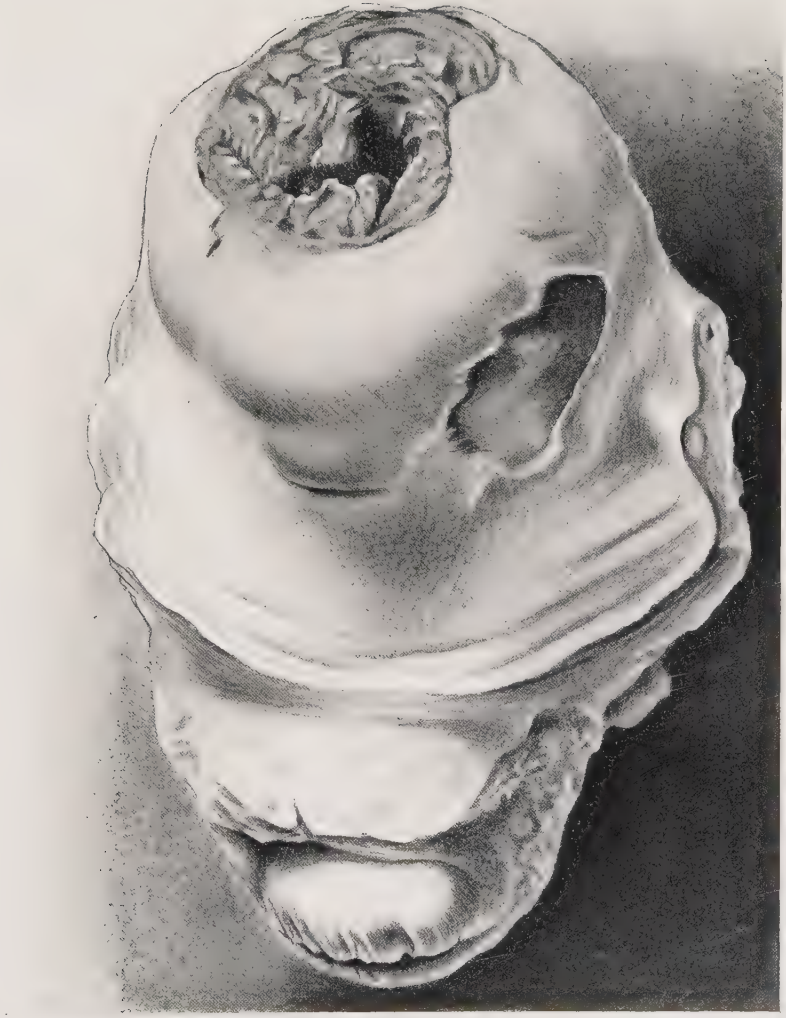
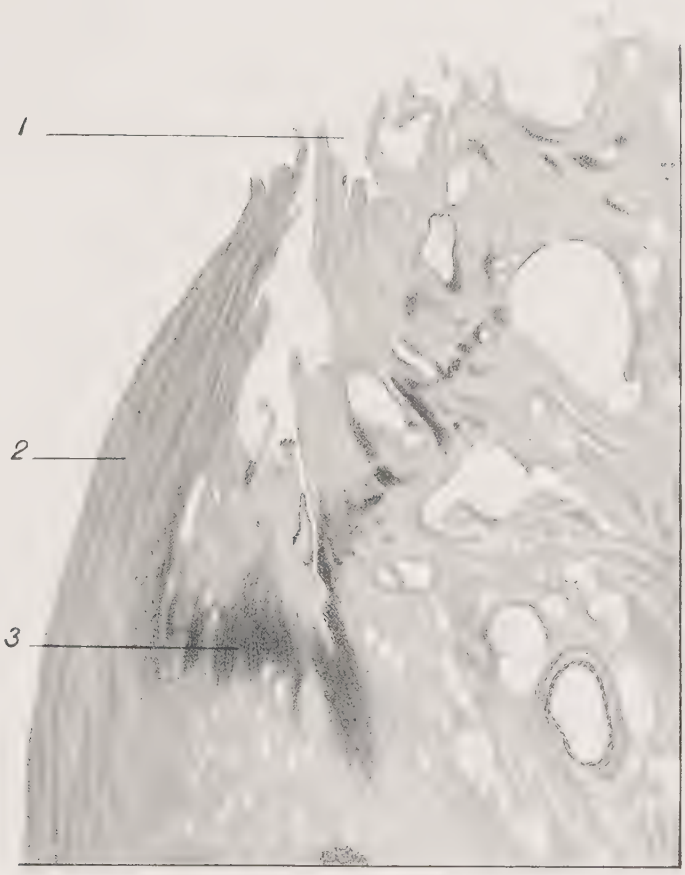


PLANCHE I



Coupe de la paroi utérine au niveau de la perforation.

1. — perforation ; le tissu utérin est effiloché et nécrotique,
2. — paroi musculaire,
3. — infiltration leucocytaire se propageant dans la paroi musculaire.

PLANCHE II

Fig. I.

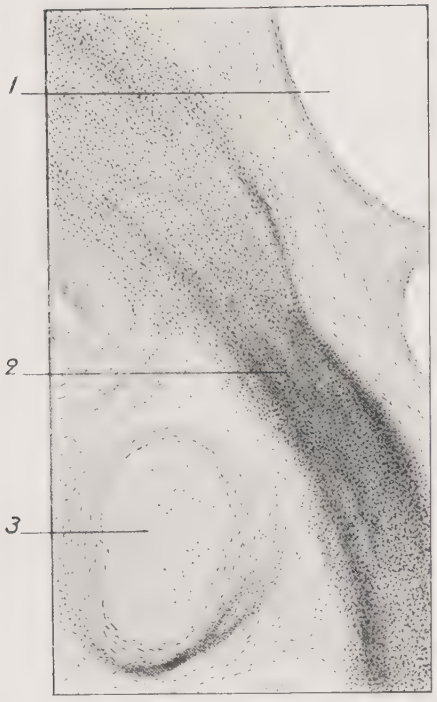


Fig. II.

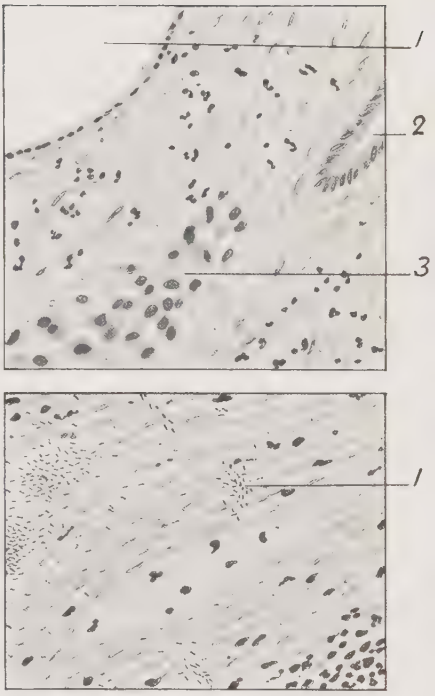


Fig. III.

Fig. I. — 1, cavité glandulaire très distendue ; 2, infiltration leucocytaire ; 3, vaisseau sanguin congestionné, contenant beaucoup de leucocytes et entouré d'une gaine de tissu inflammatoire.

Fig. II. — 1 et 2, cavités glandulaires ; 3, cellules déciduales.

Fig. III. — 1, amas bactériens.

PLANCHE III

maximum et va en diminuant ; vers la perforation ou sur les bords, elles sont aussi minces que du papier.

Examen histologique (1). — L'utérus a été fixé dans le formol à 10 0/0 ; un fragment, intéressant à la fois la paroi en apparence normale et la zône perforée, a été coupé à la congélation.

Sur les coupes colorées, les unes par l'hématoxyline éosine, orange, les autres par l'hématoxyline d'Ehrlich, le mélange de Van Giesen et le bleu polychrome de Unna, on constate qu'au niveau de la perforation le tissu musculaire lisse est méconnaissable. On ne trouve que des filaments colorés d'une façon diffuse par les teintures plasmatiques ; il n'y a pas de trace de noyau (Voyez **planche II en 1**).

Au-dessous, on observe les restes indiscutables de la caduque, aisément reconnaissables grâce à ses cavités glandulaires et à quelques amas de cellules déciduales (Voyez **planche III**, fig. II en 3). Les capillaires sont dilatés, congestionnés et bourrés de leucocytes à noyaux polymorphes. De place en place, on remarque des traînées d'infiltrations leucocytaires et des amas bactériens (cocci en chaînettes).

A quelque distance de la perforation, on est encore frappé par l'infiltration leucocytaire et bactérienne des couches profondes de la paroi musculaire.

Examen de l'embryon. — Il nous fut présenté un

1. Nous devons cet examen histologique à M. le Docteur Delamare ; nous lui adressons pour son aide si utile nos plus sincères remerciements.

embryon long de 11 cm. 1/2 et pesant 75 gr. en état de putréfaction avancée tout couvert de poussières de charbon et sur lequel il était impossible de faire la moindre constatation.

Il avait été retrouvé au domicile de la défunte dans un seau à charbon.

Analyse des viscères. — Croyant qu'une intoxication aiguë par le sublimé était venue s'ajouter à l'infection perpuérale, M. Bar fit exécuter sur différents morceaux prélevés une recherche du mercure ; l'examen a été négatif.

Observation 2 (*inédite*) recueillie sous la direction de M. le Professeur agrégé Thoinot.

Madame H..., cuisinière, divorcée. II pare.

Entre à la Maternité de l'hôpital Beaujon le 18 mars 1906 à 9 heures du matin. Elle est envoyée par un médecin du quartier avec le diagnostic : « Avortement avec rétention placentaire partielle ».

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien de particulier.

Antécédents personnels : réglée à 16 ans.

Deux grossesses avec deux enfants vivants, l'une en 1903, l'autre en 1904.

Histoire de la maladie actuelle. Les dernières règles datent du 6 au 9 janvier 1906.

A l'interrogatoire, la malade avoue avoir subi en ville des manœuvres abortives chez une sage-femme du

quartier.... qui, à quatre reprises et à 8 jours d'intervalle, lui a mis un speculum et lui a introduit dans la matrice un instrument en métal qui ressemblait à une sonde. Deux heures après la dernière tentative, la malade éprouve de violentes douleurs lombo-abdominales l'empêchant de faire aucun mouvement et, quelques heures après, elle expulse un embryon.

A ce moment un médecin est appelé ; il extrait le placenta et envoie la malade à l'hôpital. Température 37,5, pouls 104.

M. Le Lorier voit la malade à 11 heures. Le ventre est dur et douloureux ; il constate qu'on pénètre assez facilement dans l'utérus et pratique immédiatement un curage digital, après anesthésie au chlorure d'éthyle. La cavité utérine est soigneusement explorée et ne renferme plus de placenta mais seulement des débris de caduque.

Au niveau de la corne utérine droite, il existe une perforation qui admet facilement la pulpe de l'index et, par le palper combiné au toucher, on constate que la perforation est absolument complète. Le doigt retiré de la cavité utérine est souillé de débris absolument putrides.

M. Le Lorier en réfère alors à M. Ribemont-Dessaignes qui l'autorise à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

A 2 heures de l'après-midi, elle est pratiquée avec anesthésie générale à l'éther.

A l'incision du cul-de-sac postérieur, il s'écoule un liquide séro-purulent, mêlé de gros grumeaux puriformes de couleur chocolat et d'odeur infecte. On ouvre ensuite les culs-de-sac antérieurs et latéraux, on place

des clamps sur les ligaments larges. L'utérus est ensuite enlevé sans difficulté ainsi que les annexes gauches (la malade avait subi il y a neuf mois l'ablation des annexes droites par la voie abdominale).

Drainage. Pas de perte de sang ; pouls 156. On donne de la morphine pour lutter contre une extrême agitation. Injection de sérum artificiel.

Le 19 mars, au matin, le pouls est rapide, 40 centigr. de sérum de Marmoreck-Roux, 500 gr. de sérum artificiel.

Le 20 mars, l'état est très précaire, les yeux sont profondément excavés, le facies est péritonéal, le teint terreux, le pouls presque incomptable, les extrémités froides, vomissements porracés et noirs, ventre ballonné. Vessie de glace sur l'abdomen. On enlève les pinces sans difficulté, malgré une légère petite hémorragie par la vulve.

Le 21 mars l'état est meilleur malgré un facies très altéré, les urines sont normales et en quantité suffisante. La langue qui était sèche la veille est redevenue humide.

Le 22 mars la malade est très agitée toute la nuit. Elle entre en agonie et meurt à 6 heures 30 du matin.

Description de la pièce retirée après l'hystérectomie. — L'utérus enlevé est augmenté de volume au niveau de la corne utérine droite qui est comme tuméfiée. Exactement au niveau de l'insertion de cette trompe, il existe une large perforation par laquelle on pourrait aisément introduire la pulpe de l'index.

Tout autour de la perforation, le tissu présente une

coloration brunâtre qui s'étend à distance de la perforation en forme d'anneau jusqu'à 2 cm. de celle-ci. Le reste de l'utérus présente une coloration noirâtre.

Autopsie (pratiquée par le Docteur Cartier). — On aperçoit toutes les anses intestinales fortement distendues par des gaz et le petit epiploon est réduit à une sorte de ruban dans la moitié droite de l'abdomen.

L'estomac est également très distendu. On ne voit pas le foie qui est comme refoulé fortement dans la concavité du diaphragme.

En soulevant légèrement les anses de façon à apercevoir le bassin ; on constate qu'elles sont adhérentes du côté droit au pourtour du détroit supérieur ainsi que l'extrémité de la bandelette épiploïque. En décollant ces différentes parties, on voit que le grand épiploon est infiltré de pus et il existe dans l'S iliaque une petite plaque noire, grosse comme une lentille, paraissant être un point de sphacèle. La concavité du sacrum, la totalité du petit bassin sont tapissés d'exsudats purulents. Toutes les anses intestinales de cette région sont fortement vascularisées et agglutinées par du pus et des fausses membranes.

En somme, il existe une péritonite suppurée de tout le petit bassin, d'une partie du grand bassin, avec un début se caractérisant pour le reste du ventre par la

1. Nous devons tous les renseignements cliniques et ceux de la première autopsie à l'extrême obligeance de M. le Professeur agrégé Ribemont-Dessaignes et de ses élèves les Docteurs Le Lorrier et Cartier.

vascularisation et le ballonnement extrême des anses intestinales et de l'estomac.

Le foie pèse 1.575 gr. ; la surface est marbrée de plaques blanchâtres ; il se laisse couper facilement, il est mou et sur la coupe il présente une coloration pâle avec de petits îlots jaunâtres. Les deux poumons présentent de la congestion des bases. Le cœur est normal. La rate ne paraît pas altérée, les reins sont normaux.

A la suite d'une dénonciation, une enquête judiciaire fut ouverte et le Docteur Thoinot a été chargé de l'autopsie du cadavre transporté à la Morgue.

L'enquête faite par le Commissaire de police nous apprit que les dernières manœuvres abortives auraient eu lieu vers le 15 ou 16 mars (c'est-à-dire 3 jours avant son entrée à Beaujon).

Les déclarations de l'amant de la femme H... ont été très précises et confirment en tous points les dires de la malade. Au cours d'une visite domiciliaire faite chez la sage-femme incriminée, la police ne put saisir qu'une canule recourbée servant à l'insufflation et qui certainement, étant donné ses formes, n'a pu servir dans l'accomplissement du crime.

Autopsie médico-légale pratiquée à la Morgue de Paris le 22 mars 1905 à 4 heures de l'après-midi par M. le docteur Thoinot, en présence de MM. les membres de l'Institut de médecine légale.

Le cadavre est celui d'une femme jeune, ensevelie dans un drap et portant au bras droit, le brassard de la salle des morts de l'hôpital Beaujon.

Nom : H...

Prénom.....

Age : 25 ans.

Date du décès : 22 mars.

Salle : Isolement de la maternité.

La rigidité cadavérique a complètement disparu, la putréfaction est commencée. La coloration des téguments est jaunâtre et très fortement purpurique. Il y a en effet des quantités de suffusions sanguines d'assez grandes dimensions aux membres inférieurs surtout.

Il existe au menton, s'étendant sur la joue gauche, une plaque parcheminée qui remonte même jusque sur l'orbite gauche.

On note au coude gauche la trace d'une incision chirurgicale qui semble avoir été produite dans le but de faire une injection intra-veineuse.

Sur la face antérieure du corps, partant de la fourchette sternale et aboutissant au pubis, il y a une incision faite après la mort et suturée à la grosse ficelle.

Cette ouverture est le résultat de la première autopsie.

Ouverture du corps. — Il n'y a pas d'épanchement sanguin dans le cuir chevelu, les os du crâne ne sont pas fracturés, les méninges sont légèrement congestionnées ; le cerveau, le bulbe et le cervelet ne présentent aucune lésion.

Retirant le plastron thoracique enlevé primitivement, on constate que les organes thoraciques sont tous détachés et jetés un peu pêle-mêle dans la cavité abdomi-

nale, où ils sont recouverts d'une sorte de tablier constitué par les muscles droits de l'abdomen (qu'on a sectionnés à leur insertion thoracique, les laissant attachés par leur base au pubis). Sur ce tablier musculaire on note les traces d'une vieille cicatrice chirurgicale.

Les poumons ne contiennent pas de tubercules ; ils présentent un peu de congestion aux bases.

Les cavités du cœur sont vides, les valvules sont saines, il n'y a pas d'ecchymose péricardique ; l'estomac est vide, il est très touché par la putréfaction.

Le foie est putréfié, la rate tout à fait diffluente ; les reins paraissent sains et se décortiquent facilement.

Les intestins sont rouges, dépolis, et les anses sont reliées par de fausses membranes récentes. Le paquet intestinal étant détaché, on constate que l'utérus est enlevé et qu'un trou béant fait communiquer la cavité péritonéale et le vagin. Sur la vessie on trouve au niveau du fond une plaque sphacellée, plaque entourée d'ecchymoses, qui se retrouve à la face interne de cet organe. Cette zone ecchymotique a la grandeur d'une pièce de deux francs.

Au vagin, on note plusieurs lésions à l'entrée, et sur la face postérieure, il y a une plaque de sphacèle à grand axe parallèle au grand axe du vagin ; cette plaque, de forme allongée, mesure en longueur 43 mm. sur 22 mm. de largeur. Sur la paroi latérale gauche, à la partie supérieure, il y a une autre plaque de sphacèle sur 5 mm. de large et 2 cm. de longueur et une excoriation de 1 cm. de long sur 5 mm. de large. Sur la paroi latérale droite, une ecchymose ronde de 5 mm.

PLANCHE IV

PLANCHE V

de diamètre. Toutes ces lésions sont presque linéaires (comme on peut s'en convaincre par les mesures) et dirigées presque toutes suivant le grand axe du vagin. Elles seraient apparemment le résultat du contact prolongé des pinces à forcipressure.

L'utérus (**planche IV**), conservé dans l'alcool, et communiqué par M Ribemont (planche n° IV), pèse 180 gr.; il mesure en hauteur 10 cm. et sa largeur maximum est de 7 cm. Il fait penser à une grossesse de 2 mois 1/2 environ. Sur le fond de l'utérus du côté droit, au niveau de l'insertion de la trompe, il existe un trou irrégulièrement arrondi mesurant 2 cm. d'avant en arrière sur 1 cm. 1/2 de droite à gauche.

Les bords en sont irréguliers, de tissu sphacellé, et des lambeaux viennent proéminer et flotter dans l'ouverture de ce pertuis.

Autour de cette perforation, il existe une zone qui tranche nettement par sa coloration brunâtre, feuille morte, sur le reste du corps utérin.

Cette zone de forme irrégulièrement ronde, d'un diamètre d'environ 6 cm., entoure complètement le trou et descend sur le bord gauche, mais sa limite avec le tissu sain est très bien marquée par un sillon rougeâtre qui fait la démarcation entre le tissu sain et nécrosé. Ce sillon est si bien marqué qu'il semble être presque en relief.

L'utérus étant fendu suivant une coupe (**planche V**) passant par le grand axe transversal du fond, on constate que la cavité est remplie dans son ensemble de débris brunâtres légèrement adhérents.

Toute la surface interne du haut de l'utérus dans sa partie droite, aux alentours de la perforation, est complètement sphacellée de couleur brun noirâtre, tranchant très vivement avec le tissu sain qui a conservé sa teinte habituelle. On retrouve au point de rencontre entre ces deux tissus le même sillon d'élimination que nous avons noté à la face externe.

La perforation, à la coupe, présente une forme de cratère dont les bords vont en diminuant à mesure qu'ils s'approchent de l'ouverture péritonéale.

Examen histologique.— Examinées à un faible grossissement, les coupes nous montrent la présence de trois zones bien distinctes ;

1° L'une dans laquelle on ne trouve que des fibres élastiques facilement reconnaissables à leurs ondulations, et par places on y voit des vaisseaux très dilatés. Il y a absence complète de fibres musculaires lisses et de cellules embryonnaires ;

2° La deuxième zone est remarquable, au contraire, par l'intensité de l'infiltration embryonnaire. On n'y trouve absolument que des cellules rondes qui semblent avoir étouffé complètement les fibres musculaires lisses et ne laissent pas apercevoir les fibres élastiques ;

3° Dans la troisième enfin, on retrouve les caractères du myoniche, mais les fibres musculaires sont par places dissociées, et dans les espaces qui les séparent, il y a une infiltration embryonnaire très marquée. Enfin toute cette zone est remplie de capillaires dilatés.

Il existe en somme de la métrite parenchymateuse avec zone inflammatoire défensive très marquée au voi-

sinage de la perforation, et destruction complète de la fibre musculaire au niveau même de la perforation où seules les fibres élastiques ont survécu à la destruction des tissus.

Observation n° 3. — Due à l'extrême obligeance de M. le docteur Lapointe que nous tenons à remercier des conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer pendant la préparation de ce travail.

Une femme de 23 ans, entrée le 7 février 1906 à l'hôpital Saint-Antoine, est atteinte d'une péritonite généralisée. Le confrère de la ville, à qui tout antécédent avait été soigneusement caché, et pour cause, avait pensé qu'il s'agissait d'accident d'origine appendiculaire.

L'interne de garde M. Brézard, constatant un écoulement vaginal, sanglant et fétide, apprend que la malade n'avait pas eu ses règles depuis deux mois ; il trouve un col entr'ouvert ramolli, rempli de caillots putréfiés, et diagnostique une péritonite post-abortum.

Aucun renseignement sur les causes de l'accident ; tout ce que la malade raconte, c'est que les douleurs du ventre et les vomissements ont commencé dans la soirée du 4, c'est-à-dire il y a trois jours.

Appelé d'urgence à 11 heures du soir, je constate tous les symptômes d'une péritonite généralisée : ballonnement du ventre jusqu'à l'épigastre, douleurs diffuses au palper, aucune contraction intestinale, vomissements porracés, facies anxieux et nez pincé ; pas de

subictère des conjonctives. La malade n'a pas de dyspnée ; son pouls, fort régulier, est à 100. Température 37,4. Pas de selle ni de gaz depuis 48 heures.

Diagnostic.—Péritonite généralisée d'origine utérine, consécutive à un avortement probablement provoqué. Je pense soit à une perforation traumatique, soit à une métrite septique.

Une intervention paraît encore offrir des chances de succès et je pratique immédiatement la laparotomie.

Anesthésie au mélange de Billroth, incision médiane sous-ombilicale. Les anses grêles et le colon pelvien, très distendus et rouges, sont difficiles à maintenir hors du ventre, malgré la position de Trendelenburg. Du liquide bouillon sale excessivement fétide, sort en abondance du petit bassin. Aucune adhérence protectrice, pas trace de dépôt fibrineux à la surface de l'intestin. Après avoir asséché la cavité pelvienne, j'amène un utérus gros comme le poing ; je constate immédiatement, avant d'avoir placé aucune pince à traction, une large zone d'aspect sphacélique, sur la face postérieure.

Hystérectomie supra-vaginale ; les annexes gauches sont enlevées avec l'utérus, l'ovaire droit est laissé. Pour gagner du temps je renonce à la péritonisation ; du reste après l'hémostase assurée, les lambeaux péritonéaux tombent spontanément en contact par-dessus le moignon cervical.

Un gros tube entouré de gaze draine le Douglas par le vagin ; un autre dans la fosse iliaque, sortant par la partie inférieure de l'incision abdominale.

Durée de l'anesthésie : 50 minutes. L'intervention fu rendue pénible par la difficulté de maintenir l'intestin distendu.

Suites opératoires. — Elles furent assez satisfaisantes, l'opérée eut des gaz et des selles à partir du troisième jour, mais le pouls restait fréquent. A partir du quatrième jour, dyspnée intense et signes de congestion généralisée des deux poumons qui cèdent en quelques jours. Mais le foyer pelvien est envahi par une suppuration d'odeur gangréneuse dont les irrigations abdomino-vaginales à l'eau oxygénée n'ont pas raison. Une fistule stercorale se constitue, et la malade succombe de septicémie subaiguë le 22 février, 15 jours après l'opération.

Je n'insisterai guère sur la partie clinique et thérapeutique de cette observation. Péritonite généralisée *post-abortum* : l'indication opératoire était aussi facile à poser que le diagnostic.

La malade a bien voulu me faire quelques confidences au sujet des manœuvres qu'elle avait subies. La personne qui l'avait..... opérée avant moi aurait injecté dans la matrice, à l'aide d'une seringue, un liquide blanchâtre dont la nature m'est inconnue. Le procédé paraît en tout cas peu propice pour réaliser brusquement la perforation d'une paroi utérine épaisse de deux centimètres. Ce renseignement étiologique n'a, bien entendu, qu'une valeur relative ; mais, rapproché des caractères de la pièce, il justifie l'impression que j'ai eue d'une perforation par gangrène consécutive à des

manœuvres septiques et peut-être à l'injection d'un liquide caustique.

Examen macroscopique de la pièce (**planche VI**). — Le corps utérin enlevé a le volume d'un utérus gravide de deux mois environ. Sur la face postérieure, près du fond, on voit une perforation au centre d'une zone gangrénée. L'orifice, qui laisse passer facilement une bougie n° 27, a la forme d'un cratère ouvert du côté de la cavité péritonéale, à bords irréguliers et déchiquetés.

Tout autour de la perforation, existe une zone qui a la surface d'une pièce de 5 francs en argent et tranche par sa coloration brunâtre, feuille morte, sur le reste de l'utérus légèrement congestionné. Cette plaque percée d'un trou central, est molle, dégage une odeur de putréfaction caractéristique et se trouve séparée des régions voisines, saines en apparence, par une ligne régulièrement circulaire où commence à s'accuser, par places, un sillon d'élimination.

Dans l'utérus fendu sur la ligne médiane postérieure, on ne trouve rien qui rappelle l'embryon. La cavité est remplie de caillots et la muqueuse semble complètement détruite. La paroi musculaire a une épaisseur de 2 cm. environ et ne présente sur la coupe aucune modification appréciable à l'œil nu, sauf autour de la perforation. On voit en effet que l'eschare intéresse toute la paroi et forme un coin à base périphérique qui commence à se libérer des tissus voisins.

Examen histologique (Professeur Cornil) (1) (pl. VII).

1. M. le professeur Cornil a bien voulu avec son obligeance

PLANCHE VI

FIG. I

FIG. II

— Le contenu pulpeux et brunâtre qui comble la cavité utérine est constitué par du tissu nécrosé sans apparence de villosités choriales, ni de glandes. On y voit pourtant des vaisseaux sans qu'on puisse dire s'ils appartiennent à la couche superficielle nécrosée de l'utérus, ou au chorion ; pas de microbes bien nets, mais des granulations de pigment sanguin en abondance. On voit aussi des cellules lymphatiques ou conjonctives. L'examen de ce magma intra-cavitaire donne le même résultat au niveau de la partie inférieure qu'au niveau du fond de la cavité.

Les coupes de la paroi comprenant l'eschare et la zone voisine, montrent que du côté de la cavité le tissu musculaire de l'utérus est à nu, sans trace de glandes ni de revêtement muqueux. Autour de la perforation, on distingue trois zones concentriques d'aspect différent :

1° Une zone nécrosée dont les éléments ne se colorent plus ;

2° En dehors de l'eschare le tissu utérin reconnaissable est infiltré de foyers hémorragiques ; on y voit de larges cavités lymphatiques, des veines dilatées et thrombosées ; les caillots sont remplis de globules de pus polynucléaires qui infiltrent aussi le tissu de la zone limitante et constituent, par places, de petits abcès milliaires ;

habituelle, nous aider dans l'interprétation de ces coupes et diriger lui-même par ses conseils l'exécution des dessins des préparations. Qu'il veuille bien agréer nos très respectueux remerciements.

3° Plus profondément, même aspect, mais les faisceaux musculaires sont très écartés les uns des autres par de l'œdème dont le liquide renferme de nombreux leucocythes, surtout des polynucléaires.

La recherche des microbes est malaisée par suite de la présence du pigment sanguin provenant des hémorragies. On voit cependant sur les coupes des amas de cocci arrondis (staphylocoques ou streptocoques), mais en petit nombre.

En somme, il y a œdème et infiltration purulente du parenchyme, nécrose de la muqueuse dans toute l'étendue du corps utérin, et nécrose totale de la paroi autour de la perforation (1).

1. Cette observation et l'utérus qui en a fait l'objet ont été présentés à la Société de chirurgie dans la séance du 28 février 1906.

Cette présentation a été suivie d'un rapport de M. le docteur Picqué, lu à la séance du 30 mai 1906.

CHAPITRE DEUXIÈME

HISTORIQUE

Pour sacrifier à l'usage consacré je vais chercher à tracer l'historique de la gangrène de l'utérus. Pages peut-être inutiles en ce sens que nous serons forcé au cours de notre discussion anatomo-pathologique de reprendre presque un à un tous les auteurs avec leurs opinions, auteurs que nous retrouverons encore au chapitre d'étiologie.

Nous avons voulu néanmoins tâcher de montrer dans une revue d'ensemble, les phases par lesquelles était passée la question, pour éviter à ceux qui la reprendront après nous les pertes de temps auxquelles nous avons été condamné.

Sans en faire une étude médico-légale, les auteurs qui se sont occupés et de la gangrène de l'utérus, et des ruptures utérines au cours d'avortement ou d'accouchement, n'ont vu dès le début qu'une question purement obstétricale ou gynécologique. Aussi, les premiers cas relevés dans

la science n'ont-ils trait qu'à des grossesses dans des utérus anormaux et à cette époque les termes de perforation et de rupture sont confondus et mélangés.

Aussi les monographies de Benoit-Vassal (1) (1669), Dionis (2) (1698), Canestrini (3) (1788), Mauritanéus-Cordéus (1709), malgré qu'on les voit signalées par certains auteurs, ne sont, comme le montre Coutagne, que des ruptures d'utérus anormaux. Jusqu'alors il n'est point question de gangrène, ni de ramollissement de l'utérus, ni même de putrescence.

La difficulté des autopsies à cette époque en est sans doute la cause, et les travaux sont presque uniquement basés sur les symptômes cliniques.

Dans cette première période on ne parle que très peu de la gangrène utérine même généralisée, et sous l'influence de quelques auteurs allemands, on décrit des lésions, bien qu'elles soient, semble-t-il, de la gangrène généralisée, sous le nom, soit de ramollissement, soit de putrescence de l'utérus ; on en fait deux états soit différents, soit successifs.

D'excellentes monographies sont publiées en

1. Benoit Vassal, *in* thèse Lefort, 1860.
2. Dionis, *Anatomie de l'homme*.
3. Canestrini, *Historia de utero duplici*.

1655 par Primerose (1) qui constate que la matrice est fréquemment atteinte de putridité et que cette putréfaction « tombe » souvent en gangrène ; et par Kaiser (2) (1740), Hermann (3) (1750), Ponteau (4) (1760), Bonnet (5).

En 1765 Astruc (6) traite tout au long la gangrène et conclut que lorsqu'elle succède à l'inflammation, elle est toujours humide parce que la partie enflammée « tombe » en pourriture et en bave.

On discute alors non pas tant sur les phénomènes anatomo-pathologiques eux-mêmes mais bien plus sur leur étiologie ; Boer (7) en 1793 ne veut y voir aucunement comme cause l'inflammation.

Pfeuffer (de Bomberg) lui, au contraire, y voit toujours l'inflammation comme cause déterminante. Malfatti sans s'en douter, établit son origine infectieuse en faisant remarquer qu'il y a eu de ces cas au cours d'une épidémie de scarlatine.

1. Primerose, *De morbis mulierum.*
2. Kaiser, *Quædam de sphacelo gravidi.*
3. Hermann, *De ulcere uteri cancroso.*
4. Ponteau, *Mélanges de chirurgie.*
5. Bonnet, *Sepulckretum anatomicum.*
6. Astruc, *Traité des maladies des femmes.*
7. Boer, *Ablandlungen geburstshulfischen Inhalts*, tome III.

Puis viennent les observations et monographies de Rayer (1) (1793), Vigaroux (2) (1801), Kaiser (3) (1810), Gastellier (4) (1812), Schmitt (5) (1809), Schmittmuller (6) (1809), Latour (7) (1815), Wenzel (8) (1816), Busch (9) (1818), Locher (10) (1819), Zimmermann (11) (1819), Klaatsch (12) (1823) qui, soit en France, soit en Allemagne rapportent des cas de gangrène généralisée de l'utérus sous le nom de putrescence ou de ramollissement.

Avec Luroth (1827), nous faisons un pas en avant et dans sa thèse il cherche à différencier nettement ces deux états ou plutôt à n'en faire

1. Rayer, *Etude de l'endométrite gangréneuse* (obs. 60).

2. Vigaroux, *Cours élémentaire sur les maladies des femmes*, p. 381.

3. Kaiser, *Loco citato*.

4. Gastellier, *Des maladies aiguës de la femme en couches*.

5. Schmitt, *Handbuch der Krankheiten der mens...*, Leipz., pp. 316 à 328.

6. Schmittmuller, *Handbuch der Medizinischen Geburtshulfe*, Francfort.

7. Latour, *Perforations spontanées*, t. I, p. 209.

8. Wenzel, *Die Kankheiten des Uterus*, Mayence, p. 44.

9. Busch, *Schriften zur Beforderung der Kerntniss, des Weibes, und Kindes*, t. II, Leipzig.

10. Locher, *De putrescentia uteri*, in-8°, Berol, 1819.

11. Zimmermann, *De putrescentia uteri*, Lieps, 1815.

12. Klaatsch, *Hufland's Journal der Praktischen*, 1823, 1er et 2e cahiers.

que deux degrés se succédant l'un à l'autre, et au cours de ses descriptions anatomo-pathologiques il semble avoir entrevu la distinction entre la forme généralisée et la forme localisée de la gangrène utérine : « Il peut aussi exister des ra-« mollissements de l'utérus sous forme de pla-« ques bornées et circonscrites par du tissu non « altéré ».

Luroth (1) serait à notre avis le premier qui aurait vu qu'il s'agissait là d'un même processus à localisation différente. Il en fait résider les causes, soit dans une anomalie de l'action nutritive de l'organe malade, soit dans les inflammations de l'utérus.

En 1828 Danyau (2) dans sa thèse inaugurale reprend les travaux de Luroth et pour la première fois établit la différence entre la putrescence et la gangrène proprement dite.

Smith (3) communique alors en 1829 une observation de perforation utérine abortive avec inflammation gangréneuse ; c'est peut-être la première en date. Tonnelé (4) dans une série d'articles parus en 1830 partage l'opinion de

1. Luroth, *Essais sur le ramollissement et la putrescence de l'utérus.*

2. Danyau, *Essais sur la métrite gangreneuse.*

3. Smith, *Médecine légale*, p. 329.

4. Tonnelé, *Endométrite putrescente*, p. 477.

Luroth et sépare définitivement le ramollissement proprement dit de la putrescence, mais il pense avec M. Desormeaux que ce sont les degrés d'une même affection ; mais dans certains cas dont il fut le témoin et où il constata un ramollissement putride de la muqueuse utérine, il rejeta l'hypothèse d'une gangrène.

La thèse de Duplay (1) en 1833 met fin en quelque sorte à ces discussions et vient mettre la question au point. M. Duplay, s'appuyant sur de nombreuses observations personnelles, montre qu'il existe en réalité plusieurs degrés de ramollissement de l'utérus :

1° Ramollissement purement inflammatoire avec intégrité anatomique.

2° Ramollissement inflammatoire encore, mais avec une trame cellulaire très touchée et presque détruite. (Ramollissement toujours très localisé en général).

3° Type qui n'est plus simplement un ramollissement pur mais où il y a de véritables plaques gangréneuses où le tissu est entièrement désorganisé et que l'auteur compare par des lésions faites par la potasse caustique.

4° Type où il n'y a plus de plaques circons-

1. Duplay, *Des ramollissements de l'utérus et principalement de son ramollissement gangréneux.*

crites mais où toute l'étendue de la muqueuse est transformée en une pulpe rougeâtre.

Voilà un énorme pas de fait et il semble qu'après la thèse de Duplay ait terminé la période de tâtonnement pendant laquelle on a successivement décrit une même lésion sous deux ou trois noms différents.

Dès lors la question entre dans une voie meilleure, l'élan a été donné et les auteurs jusque-là indifférents s'empressent de relever précieusement leurs observations.

Aussi, sans vouloir citer tous ceux qui ont fait des communications à ce sujet, observations dont nous nous occuperons plus tard, il convient de relever les noms de Tacheron (1) (1834), Martin (2) (1835), Husson (3) (1816), Guzzo (4) (1848), qui tour à tour communiquent des cas où, s'ils ont étudié la question surtout au point de vue clinique, ils ont parfois ébauché des réflexions d'ordre médico-légal.

En 1838, Dezeimeris et Chassaignac (5) publient

1. Tacheron, *Suspicion d'avortement* ..

2. Martin (jeune, de Lyon), *Observ. de gangrène utérine*.

3. Husson, *Société anatomique de Paris*, II, p. 35.

4. Guzzo, *Rupture de l'utérus hors l'état puerpéral par ramollissement de la matière tuberc.*

5. Dezeimeris et Chassaignac, *Mémoire sur la rupture de la matrice.*

un mémoire sur les ruptures de la matrice et profitent pour y tracer un bon parallèle entre les lésions traumatiques et les gangrènes utérines. En 1839 paraît le volume de Duparcque (1) sur le même sujet où il se plaint que souvent perforations et ruptures soit encore confondues.

De nouvelles observations sont publiées. Dance (2) (1852), Kirby (3) (1854), Millard (4), Gallard (5) (1856), Pingault (6) (1861).

Casper (7) (1862) dans son *Traité de médecine légale* fait allusion aux perforations gangréneuses de l'utérus mais ne s'y arrête pas.

Il semble que pendant cette période s'étendant de 1833 à 1864, on ait cherché à accumuler des faits sans chercher à faire une étude d'ensemble sur la gangrène utérine.

En 1864 (8) Béhier dans son ouvrage sur les maladies des femmes en couches expose très nettement la situation et montre qu'il existe de véri-

1. Duparcque, *Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus...*
2. Dance, *in* thèse Joseph Simon, Strasbourg, 1862.
3. Kirby, *A case of sloughing of the fundus uteri.*
4. Millard, *Gangrène du col...*
5. Gallard, *Gangrène de la corne droite de l'utérus...*
6. Pingault, *Observ. de gangrène de l'utérus...*
7. Casper, *Traité pratique de médecine légale.*
8. Béhier, *Cliniques médicales, maladies des femmes en couches*, p. 519.

tables gangrènes localisées de l'utérus ; il décrit longuement le processus d'élimination qui aboutit à la perforation par chute de l'eschare cernée.

Fredet (1) en 1867 publie une observation intéressante au même point de vue médico-légal.

Hervieux (2) en 1870 dans son traité clinique des maladies puerpérales, en décrivant les diverses formes anatomiques de la métrite puerpérale, individualise très nettement les deux variétés parfois encore confondues d'endométrite putrescente ou microbiotique et d'endométrite gangréneuse.

En 1872 et 1876 de nouvelles observations et monographies par Smith (3), Johnston (4), Drake, Bryan et Franklin (5) sont faites.

Après Hervieux on paraît être fixé définitivement au point de vue gynécologique et obstétrical ; la période de tâtonnement terminée après Duplay est définitivement oubliée après Hervieux.

Dès 1880, nous allons voir les travaux se multiplier et la question entrer dans une nouvelle

1. Fredet, *Rupture utérine.*
2. Hervieux, *Traité des maladies puerpérales*, p. 244.
3. Smith, *Gangrene of the uterus with rupture.*
4. Johnston, *Gangrene of the uterus.*
5. Bryan et Franklin, *Lancet*, 1876, p. 220.

phase. Les gynécologistes et accoucheurs vont reproduire de très utiles observations de gangrène utérine, mais que sous l'instigation des auteurs allemands ils appelleront métrite disséquante :

Syromjatnikoff (1) (1882), Garrigues (2), Ispolatoskaja (3) (1884), Grammatikati (4) (1885), Hebb (5) (1889), Dobbert (6) (1890), Weston (7) (1892), Schwab (8) (1895), Doderlein (9) (1897), Daschewitsch (10), Brothers (11) (1898), Schmidt (12) (1899), Gottschalk (13) (1900), par leurs observations et leurs monographies, Brion (14) et Rebreyend (15), par leurs thèses,

1. Syromjatnikoff, *Die ersten falle der dissecirendum ..*
2. Garrigues, *Uber metritis dissecans* (*Arch. of Medicin*).
3. Ispolatoskaja, *Perimetritis dissecans post-partum.*
4. Grammatikati, *Ochastichnom...*, pp. 256, 273, 287.
5. Hebb, *Gangrene of the uterus.*
6. Dobbert, *Uber partielle necrose des uterus...*
7. Weston, *Gangrene of the uterus.*
8. Schwab, *Cas de perforation très probablement traumatique de l'utérus.*
9. Doderlein, *Die entzündungen der gebarmutter.*
10. Daschewitsch, *Geburt. Gyn. Gesell. zu Kiew*, 27 novembre 1898.
11. Brothers, *American Journal of obst.*, p. 446.
12. Schmidt, *Ueber Einen Fall von Metritis dissecans.*
13. Gottschalk. *Uterus gangran.*
14. Brion, *Etude critique sur 30 cas d'avortements.*
15. Rebreyend, *Plaies perforantes de l'utérus.*

Siredey (1), dans son *Traité des maladies des femmes* (1884), les discussions du Congrès de Paris de 1900 vont nous amener jusqu'au très excellent travail d'ensemble de Beckmann (2) (1900), qui reproduit 40 observations russes et allemandes, travail auquel nous aurons l'occasion de faire de nombreux emprunts. Se plaignant très amèrement que cette métrite soit si peu étudiée même dans les travaux d'ensemble, et après avoir montré que dans plus de 52 0/0, il s'agissait d'utérus ayant subi des interventions opératoires, Beckmann propose très justement de remplacer ce mot de *metritis dissecans* par celui bien plus adéquat de *gangrena uteri* suivi selon le cas des adjectifs *totalis*, *partialis*, *perforans*.

En 1901, Von Franqué (3) reprenant l'étude précédente y ajoute de nouvelles observations en insistant peut-être plus encore sur l'importance des traumatismes intra-utérins sur l'éclosion de cette affection.

Les travaux de Benoist (4), Jeannin (5), Mou-

1. Siredey, *Traité des maladies puerpérales.*
2. Beckmann, *Die puerperale Uterus gangrän.*
3. Von Franqué, *Uterus abcess und metritis dissecans.*
4. Benoist, *Injections puerpérales à lésion utérine prédominante.*
5. Jeannin, *Etiologie et pathogénie des injections puerpérales.*

chotte (1), Foisy (2), Morlet (3), Bumm-Liepmann (4), nous conduisent jusqu'à la remarquable étude de Schmidlechner (5) (1906), qui fixe définitivement à notre avis la symptomatologie et l'anatomo-pathologie de l'ancienne métrite dissécante qu'on nomme maintenant *gangrena uteri*.

Nous avons omis à dessein dans l'ordre chronologique de faire mention des principales observations médico-légales qui ont été faites ou plutôt des mémoires où l'on a envisagé la question au point de vue médico-légal.

De semblables lésions trouvées à l'autopsie devaient évidemment forcer le médecin légiste à se poser un problème inquiétant à résoudre. Ces lésions étaient-elles dues toujours à l'infection seule ou pourraient-elles être le résultat de manœuvres criminelles intra-utérines?

Tardieu (6) en 1866, dans ses remarquables études sur l'avortement, Tourdes (7), Briand et

1 Monchotte, *Documents pour servir à l'étude de l'hystérectornie.*

2. Foisy, *Avortement*.....

3. Morlet. *Perforation post-partum et post-abortum.*

4. Bumm-Liepmann, *in* Schmidlechner.

5. Schmidlechner, *Gangrena uteri partialis.*

6. Tardieu, article Avortement, *Dictionnaire de médecine pratique.*

7. Tourdes, article Avortement. *Dictionnaire Dechambre.*

Chaudé (1) en 1879, ont rapporté tour à tour le résultat de leurs constatations, mais ils ont posé la question sans essayer de la résoudre par une étude d'ensemble.

Dans quelques-unes des observations relatées précédemment les auteurs ont bien souvent indiqué dans l'étiologie des perforations gangréneuses, les manœuvres abortives dont avaient été victimes les malades, mais presque jamais elles n'ont de grande valeur car les détails anatomo-pathologiques sont insuffisants et en tout cas l'examen microscopique fait presque toujours défaut : Mascka (2) (1883), Bayer (3) (1883).

En 1886 enfin, à l'occasion d'une observation, Winter (4) se pose la question de la spontanéité ou non spontanéité de la gangrène perforante de l'utérus et en 1887, M. Richardière (5) publie une excellente monographie appuyée de deux observations inédites que viennent en 1889 confirmer les nouveaux faits de M. Schwab (1895),

1. Briand et Chaudé, *Traité de médecine légale.*
2. Von Maschka, *Viertelj. fur gericht. Medicin.*
3. Bayer, *Archives fur Gyn.*, t. XXI, H, 1.
4. Winter, *Zeitschrift. fur Geburstshalfe und gyn.*, p. 236.
5. Richardière, *Des perforations utérines avec gangrène circonscrite.*

Lacassagne(1), Brindeau(2) (1901). Mauclaire (3), Macé (4) et Varnier (5) (1902).

En 1890 Marsais (6) présente à Lyon une excellente étude sur les blessures de la matrice d'origine abortive, et il consigne quelques observations de perforations gangréneuses mais toujours sans les discuter.

Avec les communications de MM. Maygrier, Thoinot et Socquet (7), la question prend rang d'actualité et un débat très important s'ouvre devant la Société de médecine légale.

Et depuis lors, à l'exception de la thèse de Maleef(8) (1905) qui reprend avec moins de bonheur la thèse de Marsais, nous ne trouvons plus trace de monographies ayant pour but la question si captivante à notre idée de l'étiologie des perforations gangréneuses de l'utérus.

M. Picqué (9) dans son rapport à la Société

1. Lacassagne, *Rupture de la matrice consécutive aux manœuvres abortives.*

2. Brindeau, *Abcès utérins abortifs.*

3. Mauclaire, *Trois cas de perforations graves de l'utérus.*

4. Macé, *Parois utérines et perforations provoquées.*

5. Varnier, *Autopsie d'une femme qui s'était fait avorter.*

6. Marsais, *Des blessures de la matrice dans les manœuvres crim.*

7. Maygrier, Thoinot et Socquet. Société de Médecine Légale, 1901.

8. Maleef, *Etude clinique des perforations utérines abortives.*

9. Picqué, *Société de chirurgie*, séance du 30 mai 1906

de chirurgie sur l'utérus présenté par M. Lapointe (1) exprime à plusieurs reprises l'intérêt que peut présenter la question au point de vue médico-légal.

Nous avons dans notre introduction réclamé l'indulgence en raison de la difficulté des recherches ; notre historique servira peut-être à prouver combien ces recherches nous ont été difficiles ; et sans vouloir dire que notre sujet est absolument neuf, nous pouvons affirmer qu'au point de vue médico-légal, il n'y a pas encore d'étude d'ensemble de cette question.

1. Lapointe, *Société de chirurgie*, séance du 28 février 1906.

CHAPITRE TROISIEME

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'entrer dans l'étude particulière de l'utérus gangrené, il nous semble utile pour la netteté de notre démonstration d'exposer brièvement ce qu'on entend par gangrène pour montrer ensuite la concordance absolue des lésions que nous avons observées avec le processus général gangréneux. On désigne sous le nom de gangrène ou de mort locale la cessation absolue et définitive des échanges nutritifs dans une partie de l'organisme. Telle était autrefois la conception universellement admise. A l'heure actuelle, il est prouvé que dans bien des cas, à la mortification des tissus vient s'ajouter un autre facteur pour la production de la gangrène, c'est la putréfaction, fermentation putride ou septique des tissus.

Tantôt la gangrène est due à la lésion primitive des éléments anatomiques ; ils sont meurtris, dissociés ; les terminaisons nerveuses, les

réseaux vasculaires sont atteints ; c'est là un terrain tout préparé pour la pullulation des germes apportés dans la plupart des cas par l'agent infectant.

D'autres fois, la gangrène reconnaît pour cause les altérations du sang ou des troubles circulatoires ; dans ce cas elle peut rester aseptique. Le foyer gangréné se présentera à nous sous des aspects un peu différents suivant l'organe atteint, l'intensité des lésions ; dans la plupart des cas, les points privés de leur vitalité perdent leur teinte normale pour devenir grisâtres, violacés, verdâtres, ardoisés ; il y a d'abord ramollissement, liquéfaction ; la portion gangrénée prend une odeur caractéristique très forte et pénétrante, les couches superficielles des tissus sont soulevées par la sérosité, la surface prend un aspect bosselé, irrégulier. Le tout en général limité par un sillon qui sépare les parties saines des parties malades.

Histologiquement, le phénomène le plus marquant est l'altération des globules rouges dans le territoire modifié. Les hématies abandonnent leur matière colorante ; celles-ci imbibent tous les tissus voisins et forment dans certains cas des cristaux d'hématoïdine. Les hémacies abandonnent aussi leur graisse de composition qui s'échappe sous forme de granules. Le corps des

hématies se déforme et on trouve à leur place des débris irréguliers, anguleux, parfois infiltrés de graisse, des corps colorés en jaune, en brun, en rouge. Les leucocytes se dessèchent, deviennent, eux aussi, irréguliers, anguleux ; leur noyau se dissocie et se fond en une masse commune avec le protoplasma.

Les fibres musculaires lisses conservent pendant longtemps leur forme primitive ; leur noyau se transforme ; la fibre musculaire semble remplie de cellules punctiformes ; plus tard, la fibre altérée se dissout en une masse mucilagineuse filante. Les fibres musculaires striées sont plus atteintes encore.

Quant aux fibres du tissu conjonctif, elles se tuméfient, deviennent opaques, prennent un aspect granuleux, perdent leur consistance, et finissent par se réduire en une masse trouble, mal caractérisée.

Les fibres élastiques et le tissu fibreux résistent beaucoup plus longtemps.

Le sillon de démarcation est constitué par une bande de tissus hyperhémiés, gangrénés. Ces lésions peuvent être diffuses, frappant un organe entier, ou circonscrites, localisées.

Nous allons retrouver tous ces caractères dans l'examen des pièces des observations inédites publiées au début de ce mémoire, et nous ver-

rons que les données qu'elles nous fourniront concordent absolument avec les recherches des auteurs. Nous devons ajouter toutefois que, en ce qui nous concerne, nous n'avons jamais rencontré de gangrène utérine sans perforation ; toutes les gangrènes utérines que nous avons en vue reconnaissent une origine directe ; ce sont des gangrènes traumatiques résultant de manœuvres intra-utérines qui ont apporté dans la paroi de l'organe des germes infectieux.

Dans la grande-majorité des cas que nous avons rencontrés dans la littérature et dans toutes nos observations personnelles, la perforation de la paroi utérine a été la résultante de manœuvres intra-utérines pratiquées dans un but obstétrical ou abortif ; aussi ces perforations présentent-elles un double intérêt chirurgical et médico-légal. Quant à la possibilité de l'apparition spontanée de la gangrène localisée à la suite d'une métrite infectieuse, nous nous réservons de la discuter en analysant les quelques observations qu'on a cru pouvoir produire à l'appui de cette thèse. Dans notre chapitre d'anatomie pathologique, nous étudierons ces perforations gangréneuses macroscopiquement et microscopiquement. Voyons d'abord quel en est le siège le plus habituel.

Marsais (1), dans sa thèse, prétend que les perforations de l'utérus n'affectent pas de siège particulier ; mais, Rébreyend, avec plus de raison, fait remarquer que le fond de l'utérus est le siège de prédilection. Dans les cas de Lenoir, dit-il, sur quatre observations où le siège de la perforation a été vérifié *de visu*, trois fois, elle occupait cette région. Elle était, dans le cas de Baudron (2), juste dans le prolongement de l'axe du col. Même siège dans le cas de Roberts (3). Si nous nous en rapportons à nos observations personnelles, nous pouvons voir aussi que toutes les perforations siègent au niveau du fond. Sur l'utérus reproduit sur la **planche 1**, la perforation siège sur le fond légèrement en avant près de la face antérieure. Dans l'observation inédite de MM. Ribemont-Dessaigne et Le Lorrier (planche 8), le fond de l'utérus présente une perforation située exactement en son centre. Il en est encore ainsi dans les cas relatés à la Société de médecine légale par MM. Maygrier et Thoinot (**planches 9** et **10**) et dans le cas de Mauclaire (**planche 12**). D'ailleurs ce n'est pas toujours sur le plan médian du fond de l'utérus que se fait la

1. Marsais, *Des blessures de la matrice dans les manœuvres criminelles abortives.*

2. Baudron, *in* thèse Rébreyend, p. 154.

3. Roberts, *Lancet*, 11 décembre 1896.

perforation ; parfois l'instrument a un peu dévié et s'est porté à droite ou à gauche ; c'est ainsi que le foyer gangréné consécutif à la perforation siège au niveau de la corne gauche dans l'observation inédite de MM. Ribemont-Dessaigne et Thoinot (**planches 4** et **5**), au niveau de la corne droite dans un cas de Mauclaire ; c'est encore à ce niveau que se trouve la perforation dans le cas de Schwab (1), dans le cas de Grammatikati et dans le cas de l'observation 6 de Beckmann (2). Quand la perforation ne siège pas absolument sur le fond de l'utérus elle n'en est jamais très éloignée ; c'est ainsi que nous la voyons sur la face postérieure près du fond dans l'observation de Lapointe. Pour nous résumer, nous dirons que, en ne tenant compte que des perforations accompagnées de gangrène localisée, on voit sur vingt observations que nous avons étudiées pour rechercher le siège, quatorze fois la lésion au niveau du fond de l'utérus, quatre fois dans son voisinage immédiat. Dans deux cas seulement, elle en est éloignée : Beckmann dans une de ses observations l'a trouvée sur la paroi latérale gauche et Mauclaire une fois à l'union de l'isthme

1. Schwab, *Cas de perforation probablement traumatique de l'utérus*.

2. Beckmann, *Die puerperale uterus gangrän*.

et du col. Ce dernier point serait d'ailleurs pour Rébreyend (1) un des lieux de prédilection de la perforation utérine.

Si maintenant on considère les perforations de l'utérus en général compliquées ou non de gangrène, on constate encore la grande fréquence des lésions au niveau du fond ; c'est ainsi que, dans la thèse de Miquel (2), sur 36 cas, 23 fois la perforation siège au niveau du fond de l'utérus, 5 fois sur la paroi postérieure en un point distant de moins de deux centimètres du fond, 6 autres fois elle siégeait au niveau des cornes ou dans la région immédiatement avoisinante.

La forme et les dimensions de ces perforations sont d'une extrême variabilité ; cependant dans la majorité des cas elles ont un aspect circulaire, formant un cratère dont les parois sont plus ou moins découpées, déchiquetées ; à bords anfractueux, irréguliers, constitués par des lambeaux de tissus utérins mortifiés, sphacélés, qui parfois flottent dans la lumière, parfois s'éliminent et tombent dans la cavité utérine. La perte de substance est plus ou moins considérable ; tantôt atteignant à peine 2 centimètres de diamètre

1. Rebreyend, *Plaies perforantes de l'utérus*, th., Paris, 1900-1901.

2. J. Miquel, *Les perforations graves de l'utérus*, th , Paris, 1901-1902.

(2 centimètres sur 1 centimètre dans la deuxième observation inédite figures 4 et 5, 1 cent. 1/2 dans l'observation de Ribemont-Dessaigne et Le Lorrier, admettant le bout du doigt dans le cas de Bonnaire et Thoinot), elle prend parfois des dimensions beaucoup plus considérables ; il en était ainsi dans trois observations de Meygrier, Socquet, Thoinot (fig. 9 et 10) ; dans ce cas le fond de l'utérus est détruit emporté par la gangrène ; il en est à peu près de même dans l'observation que nous a communiquée M. Balthazar (Obs. 6).

En ce qui nous concerne, nous n'avons jamais eu l'occasion de rencontrer des perforations plus étendues, longitudinales, formant des plaies linéaires ou en zigzag occupant les faces utérines comme dans les observations de MM. Picqué, Poirier, Lacassagne, et que certains auteurs semblent confondre avec les ruptures utérines.

Autour de la perforation le tissu utérin est mortifié sur une étendue variant de quelques millimètres à un ou deux centimètres ; cette zone est excessivement friable, s'écrasant et s'éraillant sous le doigt ; elle tranche sur le reste de l'organe par sa coloration feuille morte, brunâtre parfois ardoisée, violacée, bleuâtre, verdâtre dans d'autres cas ; ou bien on voit au pourtour une série de disques passant par des grada-

tions insensibles pour aboutir à la coloration normale de l'organe. Mais au point où le tissu sphacélé confine au tissu sain se remarque toujours le sillon d'élimination caractéristique de toute gangrène localisée.

Une telle lésion n'est pas sans retentir sur son voisinage ; la séreuse péritonéale est dépolie, recouverte d'un exsudat fibrineux, blanchâtre, sanieux, et parfois fétide, et bien souvent au cours de l'intervention ou de l'autopsie on trouve dans les culs-de-sac péritonéaux un épanchement purulent ou sanglant de couleur bouillon sale, plus ou moins abondant, dans lequel nagent parfois des fragments de tissu sphacélé (Observations de Lapointe, de Ribemont-Dessaigne et Le Lorrier, de Thoinot et Bar). Quand des adhérences existaient entre l'utérus et des organes voisins, la paroi de ces organes a été elle aussi atteinte par le processus gangréneux et la perforation peut mettre en communication la cavité utérine avec le rectum, la terminaison de l'iléon ou la vessie ; d'autres fois, il s'établit des connexions sous-péritonéales qui fusent entre les deux feuillées du ligament large ou vers les fosses ischio-rectales.

La cavité de l'utérus est remplie d'un magma pulpeux et brunâtre contenant souvent des parties solides à tel point que parfois des fragments

nécrosés ont été éliminés par la vulve du vivant même des malades. Ce fragment nécrosé éliminé prend une forme conique ainsi que le fait remarquer M. Brouardel (1) ; alors la perforation présentera un aspect en entonnoir comme Beckmann a pu le constater.

Quant à la muqueuse utérine, elle est aussi souvent bien atteinte, surtout au pourtour de la zone gangrénée ; d'ailleurs n'est-ce pas elle qui a été le point de départ de tous les accidents ? n'est-ce pas par une lésion de cette muqueuse qu'a débuté le processus de nécrose ? Cette lésion gagnant de proche en proche a fini par envahir toute l'épaisseur de la paroi utérine ; c'est là un chapitre de pathogénée dont l'étude viendra à son heure et que nous ne saurions examiner actuellement sans nous exposer à des redites.

Nous allons maintenant étudier les lésions microscopiques produites par ce processus gangréneux sur les différentes tuniques de la paroi utérine ; mais étant donné que nous nous trouverons toujours en présence d'utérus gravides bien qu'à des périodes très variables de la grossesse, peut-être ne sera-t-il pas inutile de voir succinctement l'état de la paroi utérine saine pendant la grossesse.

1. Brouardel, *L'avortement.*

Normalement, l'utérus compte trois tuniques ; l'une externe de nature conjonctive est en majeure partie recouverte par le péritoine ; la tunique moyenne ou muscle utérin, lisse, d'une coloration rouge, est dure et crie sous le couteau ; les éléments musculaires y sont infiltrés de tissus élastiques, ils forment la partie la plus importante et la plus résistante de la paroi utérine. Au moment de la grossesse, les fibres du muscle utérin se multiplient jusqu'au cinquième ou sixième mois, pas assez cependant pour que sous l'action de la distension il n'y ait pas une notable diminution d'épaisseur de la paroi. La muqueuse utérine normalement lisse, veloutée, subit au moment du développement d'un œuf des modifications très importantes qui la rendent absolument méconnaissable ; après la disparition de l'œuf elle tombe en partie, d'où le nom de caduque que lui donnaient les anciens accoucheurs.

C'est surtout le muscle utérin qui sera frappé par le processus gangréneux. Déjà en 1885, Grammatikati (1) avait bien étudié cette dégénérescence gangréneuse, mais c'est surtout à Von Franqué (2) et à Beckmann et Schmidlechner (3)

1. Grammatikati, *O Chastichom...*
2. Von Franqué, *Uterus und metritis dissecans.*
3. Schmidlechner, *Gangrena uteri partialis.*

qu'on doit les travaux les plus complets sur ce sujet.

Les parties détachées sont constituées par du tissu musculaire frappé de dégénérescence graisseuse et parenchymateuse ; bien souvent, les éléments cellulaires sont déformés et à peine reconnaissables ; le contenu pulpeux est constitué, en général, par du tissu nécrosé sans apparence de villosités choriales ni de glandes.

Quant à la zone limitante, on peut y faire les observations suivantes : la muqueuse bien souvent a totalement disparu comme dans le cas de Lapointe ; dans d'autres cas, on peut encore reconnaître la présence de la caduque, grâce à ces cavités glandulaires et à quelques amas de cellules déciduales (pl. III, fig. 2 en 3). Quant aux altérations de la tunique musculaire, elles sont d'autant plus prononcées qu'on l'examine plus près du point perforé.

Tout près de la perforation, le tissu musculaire lisse est méconnaissable, à peine trouve-t-on quelques filaments mal colorés, sans que l'examen le plus minutieux y puisse faire découvrir un noyau (fig. 1 en 1). Sur un point un peu plus excentrique, on arrive à obtenir une coloration suffisante des fibres musculaires ; quelques noyaux apparaissent, mais le tissu musculaire est fortement dilacéré par des foyers hémorra-

giques. Les globules rouges sont profondément altérés et déformés, ils ont perdu leur matière colorante ; elle imbibe tous les tissus voisins et rend les colorations difficiles.

Les vaisseaux sont remplis de thrombus noirâtres ; parfois ces thrombus sont en voie de ramollissement. Schmidlechner a pu les observer aux différents stades de leur évolution. Tout le tissu est inondé de masses leucocytaires, surtout de polynucléaires ; on y trouve fréquemment aussi de nombreux globules de pus qui peuvent former par places de petits abcès miliaires.

Enfin, sur la partie la plus éloignée, les éléments cellulaires pris individuellement sont intacts, mais il y a production d'un œdème intense avec diapédèse leucocytaire très marqué.

Dans certains cas (Schmidlechner) les lésions du pourtour sont plus marquées, les vaisseaux sanguins sont très dilatés, la musculature fortement œdémateuse. Il y a infiltration de cellules rondes entre les cellules conjonctives qui sont tuméfiées ; par endroit, il y a dégénérescence graisseuse.

La plupart de ces constatations déjà faites par les différents auteurs, peuvent être facilement contrôlées sur les reproductions des coupes qu'ont bien voulu faire pour nous MM. Cornil et Delamare (planches II, III, VII).

Quant aux recherches bactériologiques, elles sont souvent rendues difficiles par la quantité de pigment sanguin qui imprègne les tissus et fait échouer les colorations. Sur les coupes on trouve des cocci arrondis (streptocoque, staphylocoque) en petit nombre, parfois des spirilles (Gottschalk) (1). Enfin, pour Jeannin (2), il faudrait tenir compte aussi du rôle du colibacille et des anaérobies.

Les perforations gangréneuses de l'utérus sont donc intéressantes au plus haut point pour l'histologiste et le médecin légiste ; elles constituent une complication relativement fréquente des manœuvres intra-utérines, et si en apparence dans certains cas, elle peut être d'un diagnostic difficile, elle n'en a pas moins une individualité propre. Certes, parfois le praticien peut avoir des doutes, surtout s'il lui faut donner des conclusions destinées à la justice. Il est, en effet, des lésions gangréneuses insoupçonnées, des fibrômes ramollis, des gommes, des tuberculomes, qui amènent la paroi utérine à un tel degré de friabilité, que la perforation en est souvent la conséquence ; il en est de même du môle hydatiforme et du déciduome malin, mais ce sont là

1. Gottschalk, *Uterus gangran.*

2. C. Jeannin, *Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides.*

des cas tellement rares qu'il suffira d'y penser pour les éliminer ; dans le doute leur diagnostic sera facilité par les commémoratifs et, au besoin, par l'examen histologique qui suffirait à lui seul, à trancher toutes les difficultés.

Les abcès utérins, à cause de leur plus grande fréquence, de leur ressemblance avec la gangrène, des discussions nombreuses dont ils ont été l'objet récemment à la Société de chirurgie et à la Société d'obstétrique, méritent de nous arrêter plus longtemps. Ils avaient d'abord été étudiés par Martineau (1), Siredey (2), Letulle (3) en France, par Von Franqué, en Allemagne. Ces abcès de l'utérus surviennent le plus souvent au cours de l'infection puerpérale ; ils sont de nature lymphangitique ; si l'on coupe le parenchyme utérin d'une femme morte d'infection puerpérale, le couteau ouvre dans toute son épaisseur un grand nombre de petites cavités purulentes. Tant que ces collections lymphangitiques ne dépassent pas le volume d'abcès miliaires, elles ne sauraient affaiblir notamment la paroi. Mais il en est autrement quand elles acquièrent des proportions plus considérables,

1. Martineau, *Traité clinique des affections de l'utérus.*
2. Siredey, *Traité des maladies puerpérales.*
3. Letulle, *Anatomie pathologique.*

creusant le parenchyme utérin d'un ou de plusieurs sacs.

Et fait important à noter, on trouve une cavité limitée tantôt par une paroi lisse, tantôt, quand on l'examine à une période avancée, creusée dans le tissu utérin et ressemblant à un abcès purulent, facile à distinguer par sa coloration et son aspect, du tissu nécrosé de la gangrène. Leur volume est très variable, il atteint celui d'un œuf de poule dans le cas de Brindeau, d'un œuf d'oie dans le cas de Scanzoni, rapporté par von Franqué. Quand l'abcès s'ouvre, soit spontanément, soit pendant l'exploration ou sous l'action de manœuvres abortives, il s'échappe un pus très liquide parfois fétide, et la perforation constatée dans ce cas, ne présente pas de bords déchiquetés, sphacélés comme dans la perforation gangréneuse. Par leur siège, ils diffèrent encore de la gangrène qui, nous l'avons vu, se rencontrent surtout au niveau du fond, tandis que par son origine lymphangitique, l'abcès doit naturellement se trouver le plus souvent au niveau des bords et des cornes de l'organe, là où montent les gros troncs lymphatiques.

Si maintenant, nous considérons en particulier, les quatre observations de perforation à bords gangrénés qui affectent une forme plus ou moins longitudinale, nous verrons que cette

forme est le seul caractère qui les différencie des autres perforations gangréneuses. Histologiquement, elles se ressemblent en tout, et la seule lésion, avec laquelle il serait possible de les confondre à un examen superficiel, *la rupture utérine*, s'observe dans des conditions assez différentes. Cette rupture donne surtout l'impression d'un éclatement du muscle, d'une rupture proprement dite toujours assez étendue, tandis que dans les observations que nous avons reproduites, on n'a pas cette impression de déchirure, le sphacèle domine, comme Coutagne l'a bien montré. En outre, presque toutes les ruptures de l'utérus se produisent à terme, pendant le travail même, et si quelques-unes ont été observées en dehors de tout travail d'expulsion du fœtus, elles ont été causées soit par des traumatismes extérieurs, soit dans des conditions pathologiques qui les rendent facilement explicables (rétrécissement du bassin, volume excessif ou situation vicieuse du fœtus) mais toujours à une époque assez avancée de la grossesse. Au contraire les perforations qui font l'objet de notre étude se produisent toujours dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, c'est là une remarque très importante. La rupture enfin s'accompagne au moment de sa production, d'accidents tels que, même sans faire l'examen de la pièce,

le médecin légiste pourra, par le seul interrogatoire de l'entourage et les résultats de l'enquête, être mis sur la voie du diagnostic.

En somme, nos perforations gangréneuses de l'utérus présentent les mêmes caractères que la métrite dissécante de Syromjatnikoff (1) (*gangrena uteri partialis*) ; l'anatomie pathologique et l'histologie nous les montrent absolument semblables, l'étude de la pathogénie nous fera voir qu'à un examen approfondi, on peut leur attribuer une cause commune.

1. Syromjatnikoff, *Die eisten falle der dissecirendem gebarmulter...*

CHAPITRE QUATRIÈME

SYMPTOMATOLOGIE

Il semble au premier abord que, dans une étude médico-légale sur les perforations gangréneuses de l'utérus, la clinique ne doive pas intervenir et qu'alors, il n'y a aucun intérêt pour le médecin légiste à connaître les symptômes d'une perforation de l'utérus gangrené. Mais son rôle est dans certains cas si difficile, sa responsabilité toujours si grande, les inquiétudes de sa conscience parfois si angoissantes, que rien n'est pour lui négligeable et que, par conséquent, tous les éléments d'information qu'il peut retirer de l'interrogatoire du malade ou de ses proches, prennent à son égard une haute importance. S'il lui est rarement donné d'observer par lui-même, au lit du malade, l'évolution d'une perforation gangréneuse de l'utérus, il pourra tenir compte néanmoins des renseignements qui lui

seront fournis par le médecin ou l'entourage du malade.

D'ailleurs si pour le médecin-légiste, les signes de la perforation utérine passent au second plan ; il ne faut cependant pas les négliger. La douleur immédiate accusée par la femme, lors de la perforation a été observée un certain nombre de fois ; la femme qui s'est soumise à des manœuvres abortives, quand elle fait des aveux, raconte parfois avoir éprouvé au cours de ces manœuvres une très vive douleur ; d'autre part le médecin pendant une opération entreprise sans anesthésie, une injection intra-utérine, un écouvillonnage a été plusieurs fois témoin de la douleur subie accusée par la femme lors de l'accident : douleur vive, aiguë, syncopale. Mais cette douleur est souvent beaucoup plus modérée, plus vague, enfin les observations ne sont pas rares où elles manquaient totalement. C'est donc un symptôme inconstant auquel le médecin légiste qui ne la connaît que par des données indirectes, ne devra attacher qu'une importance relative. D'ailleurs, dans les cas qui nous intéressent, la perforation totale de la paroi n'est pas toujours nécessaire à l'évolution de la gangrène, une lésion même minime peut suffire.

On peut en dire autant de l'hémorragie et, si Garrigues a pu relever une hémorragie impor-

tante après une perforation abortive, il n'est pas rare que si cette perforation est peu étendue, dans un utérus au début d'une grossesse, à parois dures, rétractiles, aucune hémorragie ne se produise. La pâleur subite, le facies péritonéal sont des phénomènes tellement rares et d'ailleurs plus fréquents dans d'autres affections, qu'il est difficile d'en tenir compte.

Il faut observer en outre que, dans les phénomènes syncopaux, l'hémorragie n'est pas seule en jeu et que, dans la perte de connaissance observée au moment où se produit la perforation utérine, l'élément nerveux agit aussi. Vibert cite l'observation d'une femme morte dans un cas semblable par syncope et inhibition.

La sensation de résistance vaincue n'est jamais avouée quand il s'agit de manœuvres criminelles, et n'est d'aucun intérêt dans le cas de perforation chirurgicale.

Quant aux symptômes de gangrène, ils sont plus fugaces encore, et l'on peut dire qu'il n'en est qu'un qui ne trompe jamais : c'est l'élimination plusieurs fois constatée d'un fragment de tissu sphacélé.

Quant aux autres symptômes, ils sont dus bien plus à la difficulté de l'accouchement et à des complications consécutives, aussi, les retrouve-t-on bien plus souvent au cours de

l'infection puerpérale : état général mauvais, pouls petit, fétidité des lochies, température oscillante auxquels symptomes Backmann (1) semble attribuer une réelle importance et qui n'ont en réalité rien de caractéristique ; aussi, Tissier (2) a-t-il, à juste titre, à la Société d'obstétrique, discuté fortement l'opinion de Beckmann.

L'ictère signalé dans plusieurs de nos observations, se rencontre dans toutes les septicémies et les symptômes de réaction péritonéale sont encore moins le propre de la gangrène utérine, on les retrouve dans presque toutes les affections inflammatoires de l'abdomen en général, du petit bassin en particulier.

Il est donc bien difficile de faire uniquement par l'interrogatoire du malade (impossible d'ailleurs dans la majorité des cas), par les renseignements donnés par l'entourage, un diagnostic précis de gangrène utérine, et seuls les résultats de l'autopsie, aidés de l'examen microscopique, soumis à l'épreuve d'une sévère critique, pourront donner une certitude.

1. Beckmann, *Die puerperale uterus gangran.*

2. Tissier, *Discussion*, communication Maygrier, Société Obstétrique, 1901.

CHAPITRE CINQUIÈME

OBSERVATIONS

D'AVORTEMENTS OU, SOIT APRÈS HYSTÉRECTOMIE, SOIT A L'AUTOPSIE, ON A TROUVÉ DES PERFORATIONS UTÉRINES GANGRÉNEUSES.

Observation n° 4 (*inédite*)

(Due à la grande bienveillance de M. Thoinot)

Femme C.. , cuisinière, entrée à la Maternité de l'hôpital Lariboisière (service du docteur Bonnaire le 16 mai 1900).

Cette femme arrive à la consultation à 11 heures du matin présentant un ictère très prononcé et déclarant avoir fait un fausse-couche en ville.

Interrogée, la malade déclare que toujours bien réglée depuis l'âge de 15 ans, elle n'a plus vu ses règles depuis le 15 ou 20 mars.

Ses parents sont bien portants, elle n'a jamais été malade sauf un peu d'anémie il y a six ans.

Poussée plus à fond sur la question du début de sa

fausse-couche elle répond difficilement, s'embarrasse dans des détails inutiles et finalement ne dit plus rien.

M. Bonnaire l'examine et trouve un col long avec un utérus vide en apparence. On lui fait une toilette avec injection vaginale et une injection utérine, mais la sonde placée dans le col ne peut franchir l'orifice interne. M. Dubrisay, l'examinant à son tour trouve des difficultés à franchir l'orifice interne ; il introduit l'hystéromètre une première fois, il trouve 7 cm. Il fait alors la dilatation avec des bougies d'Hégar, il trouve 11 cm. à un second examen hystérométrique, mais en examinant plus attentivement une troisième fois, la profondeur de l'utérus, l'instrument semble pénétrer tout entier.

Devant ce fait M. Dubrisay ne commence aucun traitement local. Injection vaginale et une mèche de gaze iodoformée. Régime lacté absolu, eau de Vichy ; on lui donne un gramme de calomel, et on lui place sur le ventre une vessie de glace en permanence ; mille grammes de sérum artificiel.

Douleurs abdominales très intenses qui empêchent même la malade de supporter le poids de la glace. Selles très abondantes et très fétides, température 36,6 pouls 112.

Le 17 mai, la malade s'agite et se plaint continuellement, le pouls est incomptable, la température est de 35,4, mort à 11 heures du soir.

Autopsie faite 24 heures après le décès : Rien de particulier, sauf une perforation de la paroi postérieure de l'utérus qui est conservé dans l'alcool. Le corps est inhumé.

En juillet une enquête est ouverte sur une dénonciation, et le docteur Thoinot est chargé d'un rapport. Il conclut à l'inutilité d'une exhumation car la seule pièce intéressante, l'utérus, lui a été communiqué par le docteur Bonnaire (1).

Note du docteur Thoinot. — Il m'est présenté un utérus conservé dans une solution de formol, les annexes, le rectum et la vessie ouverte y adhèrent encore. La hauteur de cet utérus est de 13 cm. extérieurement et sa largeur maxima est de 11 cm. Sur la paroi postérieure, près du fond, l'utérus présente une sorte de substance arrondie, sphacelée, en forme de petit cratère Ce pertuis est difficile à mesurer, en raison de ses bords déchiquetés avec des lambeaux qui viennent flotter dans sa lumière ; mais, pour l'apprécier aisément, disons, que le petit doigt y passerait très facilement.

Lorsqu'on ouvre l'utérus dans toute sa hauteur, on voit que toute la surface interne paraît sphacelée avec des débris de caduque et un magma brunâtre ; par transparence, on voit très nettement le trou placé juste au milieu de la plaque sphacelée visible à l'extérieur.

L'épaisseur des parois utérines, est de 2 cm. au maximum.

Les résultats de l'enquête commencée le 12 juillet, c'est-à-dire deux mois après la mort, furent absolument nuls, et l'on n'arriva à réunir que des renseignements absolument incomplets, qui concluaient néanmoins à des manœuvres abortives.

1. Toute la partie clinique de cette observation est rédigée suivant la feuille du service.

Observation n° 5 (*inédite*). — (Due à l'obligeance de M le professeur agrégé Ribemont Dessaignes).

Femme G... ménagère, 19 ans.

Entrée à la Maternité de l'hôpital Beaujon le 17 février 1905, salle d'isolement.

Le 17 février M. Le Lorier voit cette malade à la consultation, elle paraît souffrir du ventre et perd un peu de sang par la vulve (sang mêlé à des liquides d'une odeur putride).

La malade dit que ses dernières règles remontent à deux mois au moins et qu'elle perd du sang depuis trois jours environ sous forme de caillots abondants de couleur noir brunâtre.

Poussée de questions, elle avoue avoir subi des manœuvres abortives et une sage-femme lui aurait introduit dans l'utérus une longue canule en os par laquelle elle aurait fait passer une injection dans la cavité utérine ; injection faite avec un liquide blanc-bleuté.

A l'examen on constate un abdomen uniformément contracturé douloureux dans la partie inférieure, sans ballonnement.

Au toucher, on trouve un orifice de col absolument ouvert et, par le palper combiné, on s'aperçoit que l'utérus est un peu augmenté mais probablement vide. Température 37,6 pouls 136.

En raison de l'état général de la malade, de l'horrible odeur de l'écoulement, on décide de cureter immédiatement Mme G... après anesthésie au chloroforme.

On constate qu'au moment de cureter le fond de

l'utérus, que l'instrument s'enfonce aisément de plusieurs centimètres et n'est arrêté que par une résistance molle. Au moment où l'instrument s'est enfoncé, il s'est écoulé une abondante quantité de liquide louche et fétide et la curette a ramené des débris de caduque, d'odeur et d'aspect gangréneux et putrides. Devant cette constatation on pousse l'anesthésie, on fait un toucher digital intra-utérin :

On constate alors que le fond de l'utérus présente exactement en son centre, une perforation laissant passer largement l'index.

M. Le Lorier décide de pratiquer l'hystérectomie vaginale. On laisse se réveiller la malade et on l'anesthésie de nouveau.

Ouverture du cul-de-sac, antérieur, relèvement de la vessie, décollement du cul de sac postérieur ; à ce moment il s'écoule de nouveau du même liquide louche et nauséabond. Ouverture des culs-de-sac latéraux, pincement des artères utérines, des ligaments larges et section de ces ligaments. Ablation de l'utérus, très peu d'hémorragie. Les annexes droites paraissant très malades et étant d'accès très facile, on les enlève en un deuxième temps. On ne touche pas aux annexes gauches.

Les suites opératoires furent bonnes malgré quelques douleurs au niveau des annexes gauches et ensuite de l'appendice. Néanmoins, la malade sort guérie le 23 mars.

Examen de la pièce enlevée. — L'utérus enlevé est augmenté de volume, très mou, et ce qui attire l'atten-

tion immédiatement, c'est qu'il existe au niveau du fond, une zone d'aspect sphacelé de coloration blanc grisâtre, dont la partie centrale est perforée avec des bords déchiquetés. Il semble qu'il y ait eu là une réaction péritonéale autour d'une perforation remontant déjà à plusieurs heures, et probablement même au début de l'avortement.

M. Le Lorier a très aimablement mis à notre disposition cette pièce pour la faire dessiner (**planche VIII**). Nous nous sommes permis d'en donner une description personnelle.

L'utérus est conservé dans le formol, sa hauteur prise du col au fond est de 10 cm., sa largeur maximum prise d'une trompe à l'autre est de 7 cm.

Il existe sur le fond de l'utérus une zone qui tranche par sa coloration brunâtre (feuille morte) avec le reste du tissu utérin qui paraît sain. Cette zone malgré le durcissement du formol, est plus molle que le reste du corps et mesure 4 cm. sur 4 cm. 1/2.

Elle est percée exactement en son centre, d'un trou en forme de cratère, dont les bords sont déchiquetés et frangés avec des lambeaux qui viennent flotter dans sa lumière.

Cette perforation mesure 1 cm. 1/2 dans son axe transversal et 2 cm. dans son axe saggittal.

Une sonde introduite dans le col ressort facilement par le trou et montre qu'il y avait une large communication entre les cavités utérines et péritonéales.

L'utérus étant fendu suivant une coupe passant par le

PLANCHE VIII

milieu de son fond et par l'insertion des trompes, montre que sur toute la face interne, il y a des restes encore adhérents d'un magma brunâtre.

L'épaisseur des parois utérines est de 2 cm. au maximum ; elles vont en diminuant à mesure qu'on se rapproche du fond, ou sur les bords de la perforation, elles sont réduites à 2 ou 3 mm.

En somme sur cette coupe la cavité utérine normale, au niveau du col et du segment voisin de ce col, va en s'élargissant jusqu'au fond où la perforation prend la forme d'un entonnoir dont la base serait dirigée du côté péritonéal.

Observation n° 6 (*inédite*). — Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Balthazard, que nous prions d'agréer nos remerciements.

G... M... 26 ans, entre le 3 juillet 1905 à 4 heures du matin à la maternité de l'hôpital Saint-Louis. Elle présente tous les symptômes d'une péritonite septique généralisée. La malade est en pleine connaissance.

A l'arrivée, l'ictère est très prononcée, le pouls petit, filiforme, la dyspnée intense.

La palpation de l'abdomen est partout douloureuse ; elle fait percevoir un empâtement de tout le petit bassin, plus marqué dans la fosse iliaque droite et donnant à ce niveau la sensation d'une collection purulente.

L'utérus est gros, mou, douloureux à la pression.

Examen au speculum. — Par l'orifice du col il s'écoule un liquide sanieux, sanguinolent et fétide.

Examen à l'hystéromètre. — Cet examen révèle un

utérus gravide, la cavité mesure 14 cm. sur la ligne médiane ; puis l'hystéromètre s'engage dans la trompe droite, on arrête alors l'exploration.

Une curette est promenée deux ou trois fois sur les faces antérieure et postérieure ; à 8 cm. du col environ, elle ramène une bouillie placentaire fétide. Les mêmes faces sont ensuite nettoyées à la compresse sèche montée sur une pince. Un drain de 6 à 8 cm. est introduit dans la cavité, on place en outre une mèche vaginale. On fait pour terminer une piqûre d'éther et une injection de 500 gr. de sérum. Tels sont les seuls renseignements que nous avons pu tirer du carton qui nous a été remis avec le procès-verbal d'autopsie.

Autopsie, pratiquée le 8 juillet 1905, par M. le docteur Socquet, commis à cet effet.

D'après les renseignements fournis par le commissaire de police, le décès date du 6 juillet.

Le cadavre est celui d'une femme de taille moyenne, paraissant assez bien constituée. La rigidité cadavérique a complètement disparu et la putréfaction est très avancée.

Il n'y a pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu, les os du crâne ne sont pas fracturés ; les méninges sont un peu congestionnées ; le cerveau, le bulbe, et le cervelet sont sains, ils ne présentent aucune lésion ni tumeur.

Les poumons ne contiennent pas de tubercules, ils présentent un peu de congestion à la base.

Les cavités du cœur sont vides ; les valvules sont saines, il n'y a pas de lésions péricardiques.

L'estomac renferme un peu de liquide, sa muqueuse est saine.

Le foie est putréfié.

La rate est un peu diffluente.

Les reins apparaissent sains et se décortiquent facilement.

Les intestins sont un peu rouges, dépolis, et les anses intestinales sont réunies par de fausses membranes récentes.

L'utérus est gravide ; avec ses annexes, son poids est de 275 gr. ; son volume fait croire à une grossesse de 3 à 4 mois, le diamètre vertical, mesuré du fond de l'utérus à l'orifice externe du col, est de 14 cm. Le diamètre transversal d'une trompe à l'autre est de 9 cm. L'incision de l'organe sur la ligne médiane de la face postérieure, montre une paroi d'une épaisseur de 1 cm.

La cavité est libre de placenta, seule son empreinte d'insertion est visible, en avant et à droite. A part 3 ou 4 petits sphacèles de la grosseur d'un grain de blé, disséminés sur les lèvres du col et rappelant assez nettement l'aspect des pointes de feu, les seules lésions que l'on observe portent sur le fond de l'utérus.

La face extérieure de ce fond est presque totalement sphacélée d'une trompe à l'autre ; dans le sens antéro-postérieur les lésions sont moins étendues et ne mesurent guère que 3 cm., alors que transversalement elles atteignent 7 cm.

La coupe pratiquée à la face postérieure de l'utérus, intéresse la surface sphacélée dans sa moitié postérieure ; elle met en évidence l'amincissement considéra-

ble de la paroi, la perte de substance qui a succédé à la chute de l'eschare.

La lésion est située au fond d'une dépression brusque, en forme de marche d'escalier, ne présentant par elle-même rien de particulier. Le tissu musculaire sous-jacent ne mesure plus que 2 à 3 mm. d'épaisseur, alors que sur le pourtour de cette margelle il est recouvert de la muqueuse encore visible.

Le sphacèle est donc bien limité aux bords de la lésion. L'état avancé de la pièce permet mal d'apprécier l'état du tissu voisin, toutefois celui-ci ne paraît pas infiltrer de sang coagulé comme cela a été parfois signalé. Sur certains points l'amincissement va jusqu'à la perforation, comme on le voit sur la face péritonéale.

Là, sur le versant postérieur du fond, on constate tout d'abord deux grandes plaques placées symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, distantes l'une de l'autre de 3 cm. Entre ces deux plaques la surface péritonéale de l'utérus ne révèle rien d'anormal. La plaque gauche est un peu plus étendue que la droite, mais elles présentent toutes deux le même aspect. Leur grand diamètre transversal est de 2 cm. à droite, de 3 cm. à gauche, l'orifice de ces plaques est valvulé ; à droite, se trouvent trois languettes et quatre ou cinq à gauche. A gauche, et à quelques millimètres de la limite externe de la plaque ci-dessus décrite, se trouve une troisième perforation, bien plus petite, ne mesurant guère que 3 mm. et occupant un plan un peu plus antérieur. A droite et également plus en dehors de la lésion décrite, séparée de celle-ci par une toute petite languette, siège encore une

quatrième plaque de sphacèle. Celle-ci est arrondie de la grandeur d'une pièce de 1 franc, avoisine la trompe, mais il n'y a pas encore de perforation, l'eschare n'étant pas tombée.

En résumé, les lésions siègent au fond de l'utérus et au niveau de la trompe, elles sont représentées par une surface gangrenée, large et unique, visible seulement sur la face interne et donnant naissance par perte de substances aux perforations plus ou moins symétriques que l'on voit sur la face externe.

Conclusions.— 1° La mort de la femme G. M... est le résultat d'une péritonite septique consécutive à la perforation utérine, survenue par chute d'eschare dans un utérus gangrené chez une femme enceinte de trois ou quatre mois environ.

2° Cette gangrène utérine peut avoir été provoquée par des manœuvres criminelles et septiques pratiquées en vue de provoquer un avortement : mais, comme elle a pu également se développer spontanément, on ne saurait être affirmatif dans un sens ou dans l'autre.

Observation n° 7. — Dance (*in Archives générales de Médecine*, 1829, p. 207).

Il s'agit d'une fille âgée de 29 ans qui, enceinte de 3 à 4 mois se rend chez une sage-femme, le 3 octobre 1824, des manœuvres sont exercées sur les parties génitales.

Après des douleurs dans le bas-ventre, une perte

abondande de caillots, et des vomissements, on la transporte à l'Hôtel-Dieu où elle avoue ce qui précède.

Elle meurt le 14 octobre.

Autopsie. — Collections purulentes dans l'abdomen. A l'extérieur de l'utérus, fausses membranes qui, détachées, permettent de voir, vers la moitié du bord convexe que représente le fond, une petite tache noirâtre de forme triangulaire, analogue à une piqûre de sangsue.

Ayant insinué doucement un stylet mousse au centre de cette tache, l'instrument a pénétré sans peine jusque dans la cavité de la matrice, et il a été facile de faire suivre le même chemin en partant de cette cavité. L'orifice interne siégeant au niveau du point où le placenta adhérait, son trajet était direct, son pourtour noirâtre et ramolli, mais le reste de l'utérus était absolument sain.

Dans le rapport médico-légal, la conclusion fut la suivante : grossesse de 3 à 4 mois avec un accouchement récent ;

2° le bas-fond de l'utérus avait été transpercé par un instrument acéré et triangulaire.

Observation n° 8. — Smith, *Médecine légale*, p. 329, 1829 (d'après la thèse de Marsais et d'après Taylor, *Traité de médecine légale*, p. 607).

En 1781, comparut devant le tribunal de Durham une accoucheuse du nom de M. Tinckler, accusée d'avoir fait

périr une femme appelée Jeanne Parkingson, en lui introduisant dans l'utérus une baguette de bois. Cette femme durant sa maladie avait déclaré que, enceinte de 5 ou 6 mois elle avait cédé aux conseils du père de son enfant qui l'avait engagée à aller trouver la sage-femme pour savoir de quelle manière elle pouvait être débarrassée. L'opération à laquelle elle s'était soumise avait en effet amené l'expulsion du fœtus vivant, mais avait été promptement suivie de la mort de la mère. Les chirurgiens appelés à examiner le cadavre constatèrent que la mort était le résultat de violences à l'aide desquelles avait été provoqué l'avortement, et dont ils trouvaient la trace dans les nombreuses déchirures et perforations faites à la matrice par les fragments de bois qui avaient été introduits et qui avaient déterminé une inflammation gangréneuse.

Observation n° 9 — Tacheron, *in Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale* 1834, tome II p. 191 à 204.

Appelé chez Mme X... le 19 septembre 1829 afin de lui prodiguer les secours que réclamait, sa triste position, nous nous rendîmes chez elle et la trouvâmes dans la situation suivante.

Mme X... assez fortement constituée, d'un tempérament nervoso-sanguin, âgée de 36 ans était couchée sur le dos, la tête renversée en arrière, le ventre tendu et ballonné ; le malade y ressentait d'horribles douleurs surtout dans la région hypogastrique ; il y avait

impossibilité d'appliquer la main sur les parties abdominales, sans changer les gémissements en cris aigus et déchirants. La respiration était extrêmement courte, petite, les inspirations augmentaient les douleurs ; il y a des vomissements de matière bilieuse avec soif excessive et intense, le pouls est petit et fréquent, le facies grippé ayant le caractère propre aux affections abdominales profondes, les yeux sont fixes comme dans l'extase, les pupilles fortement dilatées, la peau couverte de sueurs froides.

A cette série de symptômes plus graves les uns que les autres, nous portâmes un pronostic fort sinistre ; une prompte terminaison de la maladie devait s'ensuivre ; M. le docteur Hatin qui avait également vu la malade après nous partagea la même opinion ; en effet elle mourut deux heures après.

Une mort aussi prompte accompagnée de symptômes aussi alarmants éveilla notre attention, et en raison de notre situation de médecin chargé de vérifier les décès, nous demandâmes au commissaire de police d'ouvrir une enquête. Voici ce qu'elle nous apprit :

Le 20 août dernier, Mme X... s'était rendue chez une sage-femme du quartier Saint-Denis avec l'intention bien formelle de faire constater son état de grossesse et se débarrasser ensuite de l'enfant qu'elle portait ; fixée d'une manière irrévocable sur sa véritable situation, elle se serait le même jour déterminée à subir une certaine opération qui aurait commencé par l'introduction dans le vagin et la matrice d'une sonde en argent percée à son extrémité inférieure, et renfermant

un stylet effilé dont la pointe était recouverte d'une boule en cire ; cet instrument, parvenu dans l'organe utérin aurait été dirigé en divers sens sur le fœtus contenu dans la matrice, tandis que, par une forte pression exercée avec la main gauche sur les parois de la région hypogastrique on aurait abaissé le corps de l'utérus pour le faire approcher par cette criminelle manœuvre, le plus près possible, des parties externes de la génération, et atteindre avec plus de facilité le corps du fœtus.

On ajoute que cette opération exécutée à deux fois différentes n'aurait pas occasionné des douleurs bien aiguës dans la matrice ; et que quelques instants après, il se serait écoulé par la vulve une sérosité limpide et du sang ; que néanmoins, cet écoulement n'aurait pas empêché cette dame de revenir à son domicile et après un repos de quelques jours d'aller danser ; que cependant le dixième jour environ après ces deux acupunctures, des douleurs abdominales se seraient sensiblement développées et qu'ayant augmenté d'intensité, ainsi que la perte utérine, elle aurait rendu par la vulve, un fœtus mort-né, d'environ 3 mois 1/2 de conception, avec une très faible portion de placenta ; que depuis cette sortie du fœtus, la dame X... n'éprouva pendant environ 20 jours, d'autre indisposition qu'une sensibilité augmentant par le toucher du bas ventre ou bien par une pression même légère qui déterminait des douleurs violentes. Elle mourut peu après.

L'autopsie eut lieu le 27 septembre, elle fut faite par les docteurs Tacheron et Hatin.

Etat extérieur. — Décomposition très avancée, la peau est de couleur verdâtre, l'abdomen est très fortement météorisé. Aucune trace de violence extérieure.

Thorax. — Rien à signaler.

Abdomen. — Une demi-pinte environ d'une sérosité sanguinolente s'est écoulée de la cavité péritonéale : tous les organes contenus dans la cavité offrent une teinte rosée très prononcée, l'estomac est plus rouge que les intestins, le corps de la matrice fait une saillie de trois pouces au-dessus de l'os du pubis, sa couleur est d'un rouge violacé marbré très remarquable ; un emphysème sous-séreux, très prononcé existait dans toute l'étendue du mésentère.

Tout le tube intestinal examiné extérieurement, ne nous a présenté aucune espèce de lésion qui pût nous expliquer la présence du liquide sanguinolent trouvé dans la cavité abdominale.

Après avoir lié l'estomac par les deux extrémités, on recueille le liquide qu'il contient, l'intérieur est examiné avec soin, sa muqueuse antérieure est couleur rosée, sa muqueuse postérieure noirâtre, en somme cet organe ne présente pas de lésion corrosive résultant d'absorption de substances vénéneuses.

Intestin.— Rien de particulier, le foie assez volumineux est noir et marbré, la rate de volume ordinaire, fort consistante et noire.

Les reins étaient également noirs d'une consistance normale.

La vessie est saine.

La matrice présente les particularités suivantes :

Mesurée du museau de tanche jusqu'à son fond extérieurement, elle nous a offert 5 pouces 1/2 de hauteur ; dans le milieu de son corps, 4 pouces de largeur ; son épaisseur totale était de 2 pouces ; au milieu de son fond on rencontrait une tache noirâtre d'environ 1 pouce d'étendue en tous sens et paraissant le résultat d'une ecchymose ; un peu à droite de cette tache noirâtre, nous avons observé un pertuis de forme ronde, ayant environ une ligne d'étendue en tous sens, et conduisant dans l'intérieur de cette ecchymose ; la profondeur de cette ouverture accidentelle était de 3 lignes; en arrière, toujours au milieu du fond, nous avons remarqué un second pertuis qui conduisait seulement sous la membrane séreuse. Cette seconde ouverture n'offrait qu'une ligne et demie de profondeur, elle était également de forme ronde et présentait la même dimension extérieure que le premier pertuis.

Le museau de tanche gonflé et ramolli reçoit facilement l'extrémité du petit doigt ; il présente à droite une cicatrice, d'une déchirure antérieure ; les parois de toute la matrice sont divisées longitudinalement, elles ont 9 lignes d'épaisseur dans le milieu et 6 lignes dans le col ; la cavité de ce dernier n'offrait rien de remarquable, mais immédiatement au-dessus le corps de l'organe utérin était dans un degré de ramollissement très avancé, son tissu parenchymatique se déchirait sous la plus légère pression, il était de couleur brun foncé et formait une zone complète ayant un pouce de hauteur.

Le reste de la cavité de la matrice, d'une couleur

moins foncée, présentait plus de consistance. Nous n'avons remarqué rien qui indiquât qu'un placenta se fût inséré sur un des points de l'organe. Dans les caillots on a trouvé deux lambeaux de membranes organisées, ils nous ont paru être des débris de membrane qui aurait enveloppé un embryon, mais nous n'avons pas retrouvé cet embryon. Les annexes de la matrice sont dans leur état normal.

La dame X... semble donc être morte de la lésion observée dans la matrice ; les deux pertuis observés sur son corps peuvent bien avoir été le résultat de violences extérieures, au moyen de l'introduction dans l'utérus d'un instrument piquant qui aurait été dirigé dans l'intention de détruire l'embryon. Néanmoins, aucune ouverture accidentelle ne s'étant rencontrée sur la face interne de la matrice, et par conséquent aucune correspondance ne se trouvant établie entre les deux ouvertures extérieures et la cavité de l'organe, nous ne pouvons affirmer que ces pertuis soient le résultat de l'introduction d'un instrument quelconque ; il serait cependant possible que le temps écoulé entre la tentative d'avortement et la mort ait produit la cicatrisation des ouvertures intérieures ????

Les portions de membranes trouvées dans la matrice, le volume assez considérable de cette dernière sont de fortes raisons de soupçonner que la dame X... avait fait une fausse-couche récente.

Observation n° 10. — Gallard, *in Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1856, t. XXXI, p. 467.

Cette femme, à qui appartenait l'utérus que nous vous présentons, arriva le samedi 13 décembre à Beaujon où elle déclara qu'elle venait de faire une fausse-couche et qu'elle éprouvait des douleurs vives dans le bas-ventre. Les questions ne purent lui faire avouer que l'avortement avait été précédé de manœuvres intentionnelles.

L'ictère est bien marqué, douleurs dans la région du foie, le ventre est météorisé. On pensait que l'ictère était le résultat d'une péritonite sous-hépatique, mais on apprit qu'il s'était développé rapidement à la suite d'une visite policière faite à la malade la veille de son entrée.

Autopsie. — Elle montre une péritonite moins intense qu'on ne le supposait Il n'y avait ni fausses membranes dans le péritoine, ni lésion très marquée dans l'intestin.

Toute la corne droite de l'utérus est détruite par la gangrène, l'utérus communique donc largement avec le péritoine. Cette membrane a mieux résisté que le tissu utérin et la perforation est moins large sur la séreuse que sur le tissu utérin. Métrite de voisinage très peu intense et peu étendue, rien du côté des voies biliaires.

Observation n° 11. — Frédet, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1867.

Cécile K..., âgée de 33 ans, est apportée à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Frémy, salle Sainte-Monique, n° 1, le 24 mars 1867, une sage-femme l'accompagne et nous raconte que la malade a fait un avortement il y a deux jours étant enceinte de près de cinq mois. Après l'issue du fœtus mort, l'*extraction du placenta fut des plus difficiles* et on ne put l'obtenir en entier.

A son arrivée chez la sage-femme, Cécile K... présentait déjà, nous assure-t-on, des symptômes graves : altération des traits, fièvre, envie de vomir. Après l'avortement les symptômes s'aggravent ; la sage-femme fait appeler un médecin de la ville qui, après avoir pratiqué le toucher, déclare qu'il reste encore une portion de placenta dans l'utérus, et conseille l'envoi de la malade à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons les phénomènes suivants : altération profonde des traits, facies abdominal, la malade répond avec peine aux questions qu'on lui adresse ; la respiration est anxieuse, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides, le ventre ballonné et douloureux. Il y a des envies de vomir, en un mot on trouve tous les signes d'une péritonite aiguë.

Une odeur gangréneuse s'exhale du corps de la malade. Au toucher, le col est légèrement entr'ouvert et contient un corps mou, friable entre les doigts quand on essaye de l'amener, on retire l'index chargé de

débris placentaires. L'utérus paraît cependant revenu sur lui-même et l'on songe à une péritonite antérieure à l'avortement avec rétention d'une partie du délivre. L'état de la malade étant désespéré, on croit devoir s'abstenir de toute manœuvre ayant pour but l'extraction du placenta, que les doigts n'avaient pu retirer. Mort le lendemain.

Autopsie 24 heures après la mort. — Le ventre est tendu, météorisé ; à l'incision de la paroi abdominale, il s'écoule 2 ou 3 litres de pus ; on trouve une vive injection de la surface péritonéale avec fausses membranes floconneuses, faisant adhérer les circonvolutions intestinales entre elles. Enfin en écartant la masse intestinale, nous apercevons à la partie supérieure de l'utérus une tumeur en forme de champignon de la grosseur du poing, offrant entièrement l'aspect du placenta. L'utérus est enlevé avec une portion du vagin et incisé dans sa longueur. Une fois ouvert, on constate à l'orifice externe du col une petite masse placentaire molle, friable, putréfiée, celle-là même que nous avions sentie avec le doigt indicateur, se continuant dans toute la hauteur du col utérin et venant se terminer à la partie supérieure de la matrice par ce même champignon fongueux, dont nous parlions plus haut, qui fait hernie dans le ventre, par une ouverture de l'organe, de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent. Cette portion du délivre est constituée principalement par les membranes de l'œuf contenant des cotylédons placentaires, ramollis, et exhalant une odeur de putréfaction très avancée, analogue à celle de la gangrène.

La portion du délivre qui fait hernie par l'ouverture du fond de l'utérus dans la cavité péritonéale est comme étranglée par les bords de l'orifice, et il nous a été impossible en tirant sur la partie libre de l'arrière-faix contenue dans la cavité utérine de le faire passer par l'orifice par où il s'était engagé dans l'abdomen. Les bords de l'ouverture sont ramollis, grisâtres, filamenteux, exhalant une odeur de gangrène avancée. La muqueuse utérine elle-même laisse échapper par le lavage des détritus gangréneux.

Malgré tout notre désir d'expliquer dans ce cas particulier la cause de la rupture utérine, il nous est impossible de la déterminer sûrement. Nous avons cherché des renseignements ; ils ont été, comme ils le sont toujours dans de semblables circonstances, ou incomplets ou mensongers. *On nous a dit que la femme X... avait pris du seigle ergoté dans un but criminel.* La rupture utérine serait-elle due à l'emploi de cet agent ou ne serait-elle pas la conséquence d'une *manœuvre avec un instrument quelconque* qui, employé par une main inhabile, aurait amené, avec le décollement de l'œuf, une inflammation du fond de l'utérus, terminée par la gangrène et finalement par la rupture ?

Observation n° 12. — Tourdes, article « Avortements », partie médico-légale *in Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, 1867.

Une femme de 22 ans, qui cachait sa grossesse, bien portante le 8 juin, fait deux visites à une sage-femme et

meurt tout à coup le 10, à la suite de vomissements et d'une grande faiblesse. L'utérus est perforé à son côté gauche et supérieur ; l'ouverture a 2 cent. 1/2 de diamètre, ses bords sont noirâtres et ramollis; un embryon de 10 cm. est couché en travers sur le fond de l'organe dans la cavité abdominale qui n'offre point de péritonite. La surface interne de l'utérus, tapissée d'un putrilage noirâtre qui comprend la muqueuse et les débris de l'œuf, est ramollie autour de la perforation ; le col est dilaté. Etait-ce une gangrène spontanée ? Une inflammation gangréneuse compliquant brusquement une lésion traumatique ? La manœuvre abortive semblait indiquée par la marche rapide du mal et par les circonstances de la cause.

Observation n° 13. — Tardieu : « Perforation de la matrice par un instrument introduit pour provoquer un avortement » (*Étude médico-légale sur l'avortement*, p. 164, 7e édit.).

La femme Froment, au mois de décembre 1856, succomba à l'hôpital Beaujon, 4 jours après un avortement provoqué par des manœuvres directes, vers le quatrième mois. Chargé de procéder à l'autopsie, je constatai une perforation de la matrice, large comme une pièce de 5 francs environ, située sur le fond de l'organe qui avait été traversé de part en part par la tige volumineuse et mousse d'un fer à papillottes. La plaie de la matrice était le siège d'une violente inflammation avec infiltra-

tion de pus dans le tissu voisin, dont l'état contrastait avec l'intégrité des autres parties de l'utérus.

(Nous ne reproduisons cette observation que parce que Tardieu au cours de l'observation suivante la cite comme observation de perforation gangréneuse.)

Observation n° 14. — Tardieu : « Avortement criminel. Perforation de la matrice attribuée par l'accusé à une rupture spontanée. Discussion du mémoire présenté par la défense » (*Etude médico-légale sur l'avortement*, obs. 50, p. 155, 7e édit., 1904.)

Au mois de février 1857, la Cour d'assises du département de l'Aisne jugeait et condamnait pour crime d'avortement, un médecin de Saint-Quentin, que son âge et son titre de docteur n'avaient pas préservé de l'infamie. Sa défense habile autant qu'audacieuse, souleva, pendant l'instruction d'abord, puis devant le jury, la discussion la plus vive et la plus intéressante à laquelle il m'ait été donné de prendre part, et dans laquelle j'ai eu l'avantage de me sentir soutenu par les efforts unanimes de cinq confrères honorables de Saint-Quentin, MM. Cordier, Cattiau, Blin, Doublet et Lobgeois, qui m'aidèrent à faire partager à la justice notre conviction. Je reproduis ici, comme résumant très exactement la question débattue dans cette déplorable affaire, le mémoire que je rédigeai quelques jours avant les débats, en réponse à celui de l'accusé.

En l'absence de renseignements précis sur les circonstances qui ont précédé et suivi l'avortement de la

dame C..., les constatations anatomiques faites sur le cadavre formeront l'unique base de notre jugement et nous serviront à contrôler les assertions contenues dans le mémoire justificatif du docteur F... Quant au récit qu'il donne de la marche et de la nature des symptômes observés soit avant soit après la fausse-couche, nous n'avons aucun moyen d'en apprécier la véracité et nous n'en tiendrons compte que sous toutes réserves.

De ces renseignements, il résulte que la femme C... a succombé le 27 octobre dernier, vers minuit, après avoir fait le 23 au soir une fausse-couche de 2 à 3 mois de grossesse, et qu'à l'autopsie on a trouvé dans la matrice et dans la cavité abdominale des désordres profonds auxquels la mort doit être attribuée.

Que cette femme ait déjà fait d'autres fausses-couches, que durant cette dernière grossesse, elle ait éprouvé divers accidents, chute dans un escalier, choc contre un meuble, ou enfin qu'elle ait eu recours à divers moyens réputés propres à rappeler la menstruation, tels que : applications de sangsues, bains de siège, ce sont là des circonstances dont la réalité ne nous est pas démontrée, mais qui, dans tous les cas, ne sont que secondaires en présence des lésions constatées par l'autopsie.

Celles ci sont tout à fait caractéristiques et il importe de les rappeler succinctement :

Le péritoine est le siège d'une inflammation presque générale et des plus intenses caractérisée par la production de fausses membranes étendues, de pus épanché à la surface de l'épiploon et entre les anses intestinales. Du

sang altéré baigne les organes contenus dans le petit bassin. La matrice qui ne renferme que quelques débris du placenta et qui offre tous les caractères d'une récente délivrance est perforée vers le fond de sa cavité. Les bords de l'ouverture sont noirâtres, pulpeux et inégaux ; le tissu qui l'entoure, à une distance de 2 cm. environ, est aminci et ramolli superficiellement. Mais au delà la texture de l'organe n'est nullement altérée.

Les honorables experts qui ont procédé à l'autopsie ont conclu que ces lésions consécutives à un avortement étaient la cause de la mort; et qu'elles avaient été produites par des manœuvres directes exercées sur la matrice et par l'introduction violente d'une tige métallique, se refusant à admettre que la perforation qu'ils avaient constatée au fond de la matrice ait pu survenir spontanément.

C'est précisément contre cette interprétation des désordres existant sur le cadavre de la femme C... que l'inculpé s'est efforcé de lutter en cherchant à en donner une explication différente ; et c'est entre les deux systèmes que je suis appelé moi-même à me prononcer.

Je ne crois pas devoir suivre l'inculpé dans les explications personnelles par lesquelles il cherche à prouver que, si l'avortement a été provoqué, il n'en est pas l'auteur. Je ferai remarquer seulement ce qu'il y a de contradictoire dans ses explications, qui admettent, d'un côté, la réalité de l'avortement provoqué, tandis que, de l'autre côté, le sieur F. fait tous ses efforts pour démontrer qu'il n'y a pas eu avortement. Je ne relèverai pas l'insinuation par laquelle il essaye de faire croire qu'un

coup de scalpel maladroitement dirigé aurait pu perforer la matrice au moment de l'examen cadavérique. Si l'inculpé avait cru sincèrement à la possibilité de cet accident que contredisent formellement les caractères de la perforation, si nettement et si explicitement consignés dans le rapport, il ne se serait apparemment pas donné la peine de poser et de discuter la thèse d'une perforation spontanée. C'est donc cette seconde partie de son mémoire justificatif que je me bornerai à examiner en comparant les assertions qu'elle renferme avec les données positives de l'autopsie, qui, mieux qu'une argumentation théorique, peut éclairer le cas particulier qu'il s'agit de juger.

L'hypothèse à laquelle se rattache l'inculpé peut être exactement résumée en ces termes :

La femme C... est morte d'une métro-péritonite 6 jours après l'avortement et d'une rupture de l'utérus arrivée 1 heure avant qu'elle succombât et parfaitement indiquée par le cri perçant et la syncope sur lesquels a insisté le professeur Desormeaux. Cette rupture elle-même serait le résultat d'une inflammation et d'une gangrène déterminée par une forte contusion qui aurait eu lieu sur la matrice à une certaine époque de la grossesse.

Il n'est pas une seule de ces propositions qui ne soit en contradiction formelle avec les données générales de la science et avec les circonstances les mieux établies du fait dont il s'agit.

L'inculpé a bien compris que l'on ne pourrait se contenter d'attribuer l'avortement de la femme C... à une

cause naturelle, telle que la prédisposition ou l'état d'affaiblissement de la constitution, ou encore une émotion morale. Une simple fausse-couche ordinaire n'amène pas ces accidents terribles et ces désordres si étendus et si profonds. C'est pourquoi il a invoqué une violence extérieure, une chute, un choc. Mais alors même qu'il serait démontré que la femme C... est tombée de la chaise, ou s'est heurtée contre un meuble, ce n'est pas à l'époque peu avancée où elle était de sa grossesse, que la matrice peut être atteinte dans de telles circonstances, par une contusion assez forte pour déterminer une inflammation et une désorganisation du tissu de l'organe. Les cas dans lesquels une violence extérieure directe a pu agir sur la matrice et en amener la rupture diffèrent essentiellement de celui-ci, soit par le développement plus considérable que présentait la matrice, soit par l'énergie plus grande de la cause vulnérante.

Dans l'hypothèse de l'inculpé, on a vu que la rupture ne serait survenue qu'au dernier moment de la vie et consécutivement à l'inflammation de la matrice. C'est là le point capital de son argumentation et il insiste pour le prouver, d'une part sur le cri perçant qu'aurait poussé la femme C... quelques instants avant de mourir, et d'autre part sur le temps qui s'est écoulé entre l'avortement et la mort.

Mais le cri et la syncope auxquels le sieur F... paraît attacher tant d'importance ont, dans les auteurs auxquels il emprunte ce caractère, une signification toute différente de celle qu'il leur attribue. C'est dans les cas

de rupture subite, survenant soit dans le travail, soit dans un état de santé apparente, que ces phénomènes marquant le début des accidents, peuvent avoir une valeur pathognomonique, et non chez une femme atteinte depuis plusieurs jours d'une maladie mortelle et prête à rendre le dernier soupir. Ce n'est pas d'une syncope qu'il s'agit chez la malheureuse femme C..., mais des dernières douleurs de l'agonie.

Quant à l'objection tirée de la durée excessive qu'aurait eu la maladie à laquelle elle a succombé, elle ne mérite pas qu'on s'y arrête. Il est bon d'abord de faire remarquer que ce n'est ni 6 jours, ni 8 jours, comme le prétend à quelques lignes de distance l'auteur du mémoire justificatif, que la femme C... a survécu à l'avortement, mais seulement 4 jours, car, d'après le propre récit de l'inculpé, délivrée dans la soirée du 23 octobre, elle n'existait plus le 27 à minuit, c'est-à-dire après 4 jours. Or, ce terme de 4 jours est précisément celui qui marque la limite dans laquelle est contenue le plus ordinairement la durée de la métro-péritonite consécutive à l'avortement provoqué par des manœuvres directes, maladie qui dure en général, ainsi que je l'ai établi d'après le relevé d'un grand nombre de faits, de 1 à 4 jours. En 1856, j'ai été appelé à procéder, dans l'un des grands hôpitaux de Paris, à l'autopsie d'une femme qui avait succombé après 4 jours de maladie aux suites d'une perforation de la matrice résultant de violences abortives ; qui offrait avec le cas de la femme C... la plus complète et la plus frappante analogie, tandis que les deux exemples de blessure de la matrice cités par

l'inculpé, par un coup de corne dans un cas, par une fourche dans l'autre, n'ont pas avec celui qui nous occupe le moindre rapport. Mais, il est d'autres preuves plus décisives encore à opposer aux assertions du sieur F... Elles résultent du caractère même des lésions si bien décrites dans le procès-verbal d'autopsie. L'aspect de la perforation, la couleur et la disposition de ses bords, la consistance des parties voisines indiquaient de la manière la plus positive que la solution de continuité n'était pas toute récente et n'avait pas précédé la mort de quelques instants seulement.

La présence du sang altéré dans le bassin ajoute à cette démonstration en prouvant que l'épanchement remonte à une époque assez éloignée du moment de la terminaison funeste.

Enfin, la généralisation et l'inflammation du péritoine constituent des caractères tout à fait propres à la péritonite par perforation et ne permettent pas d'attribuer la présence du pus à la surface des intestins et de l'épiploon à une autre cause qu'à la déchirure de l'utérus.

Il n'est donc pas douteux que celle-ci ait eu lieu au début même des accidents et en soit la cause déterminante : dès lors on ne peut l'expliquer que par une lésion directe de la matrice, et, comme l'ont pensé les experts, par l'introduction d'un instrument vulnérant dans l'intérieur de l'organe ; car nous avons vu qu'une contusion extérieure n'a pu atteindre la matrice au point de la désorganiser. Quant aux autres causes de rupture spontanée qui ont pu être signalées d'une manière générale, il est à peine nécessaire de faire remarquer qu'el-

les s'appliquent toutes à des conditions tout autres que celles dans lesquelles s'est trouvée la femme C.

C'est dans le travail d'un accouchement difficile ou sous l'influence d'un très violent effort, ou encore dans le cas d'une désorganisation générale de la matrice due à une maladie putride, que la perforation pourrait s'opérer spontanément. Ajoutons que l'état d'intégrité du tissu utérin exclut toute idée d'un travail morbide capable de favoriser la perforation.

En résumé, m'associant sans réserves aux conclusions des premiers experts et répondant aux questions posées dans la commission rogatoire, je n'hésite pas à conclure que :

1° Il est possible de distinguer les cas de rupture spontanée de la matrice des cas où cette lésion est occasionnée par des causes traumatiques ; et en admettant comme exactes les constatations faites sur le cadavre de la femme C....., il est permis d'affirmer que cette dame a succombé à une perforation de la matrice résultant de manœuvres abortives directes et à la péritonite aiguë qui en a été la suite.

2° On ne peut s'arrêter, un seul instant, à l'idée que la lésion observée soit le résultat d'un coup de scalpel porté par les médecins chargés de l'autopsie ; cette lésion a eu lieu très positivement pendant la vie.

3° Les circonstances indiquées par l'inculpé comme ayant pu déterminer chez la dame C. une fausse couche naturelle, eussent été absolument impuissantes à produire les désordres qui ont été constatés sur le cadavre.

4° La nature, la marche et la durée des symptômes qui ont été observés chez la dame C. sont, de même que les lésions trouvées dans les organes, caractéristiques d'un avortement provoqué par des manœuvres criminelles.

Observation n° 15. — Bryan et Franklin, *in Lancet*, London 1876.

La mort est attribuée d'abord à une péritonite aiguë d'origine infectieuse. Mais, par suite de circonstances spéciales, le médecin se trouve mis sur la piste d'un crime. Le coroner, averti, ordonne l'autopsie.

Autopsie : Le corps est celui d'une femme bien conformée. Les parois abdominales sont décolorées et on observe une distension bien marquée.

A l'ouverture du cadavre, signes de péritonite généralisée, adhérences intestinales, surtout au niveau du fond de l'utérus et de la fosse iliaque droite ; ces adhérences sont plus ou mons étendues et affectent des rapports plus ou moins intimes avec les parois abdominales. La cavité péritonéale renferme environ 2 pintes d'un liquide fétide, assez analogue au pus. Les intestins sont détachés avec précaution et enlevés de la fosse iliaque. L'utérus, les ovaires, la vessie, le rectum bien nettoyés sont examinés en place.

La face antérieure de la vessie est plane et brillante. Le fond de l'utérus occupe sa position normale, l'ensemble de sa surface péritonéale est également polie, nacrée,

un peu pâle ; sur le sommet ou à peu près un peu à droite de la ligne médiane, et à la face postérieure, on remarque une tache d'un rouge vif et très vasculaire et ayant à peu près les dimensions d'une demi-couronne ; cette tache était d'autant plus apparente qu'elle tranchait mieux sur la surface décolorée et pâle du péritoine avoisinant ; elle devient encore plus distincte grâce aux précautions que nous prîmes de bien essuyer le fond de l'organe et d'enlever en totalité le liquide inflammatoire épanché.

L'ovaire droit et le ligament large du même côté avaient contracté des adhérences plus ou moins nettes Cet ovaire était tuméfié, rouge, vasculaire ; celui du côté gauche paraissait sain, le cul-de-sac rétro-utérin était plein de pus et de sérosités ; il n'y avait rien autre chose d'anormal. Le cul-de-sac et la séreuse rectale était polis et brillants. L'intestin était divisé selon une courbe semi-lunaire.

Tous les organes du petit bassin sont enlevés en masse pour être l'objet d'un examen plus détaillé.

La plaie siégeait très exactement à un pouce 1/2 du fond, très peu à droite de la ligne médiane. On en voyait nettement une seconde située à gauche et un peu au-dessous de la première, de couleur noire, plutôt longue que large et paraissant de date plus récente. Tout à fait sur la face postérieure de l'organe, juste sur la ligne médiane, et à la hauteur du cul-de-sac de Douglas, siégeait une troisième perforation. Comme la seconde, elle était noire, parallèle au grand axe de l'utérus, un peu en forme de croissant. Elle se trouvait à 5 cm. au-

dessous de la première que nous avons décrite et mesurait un centimètre de longueur.

L'utérus exactement mesuré avait 6 pouces de longueur soit 16 cm. 2. Son diamètre le plus large pris à un pouce du fond avait 4 pouces 1/2 de long, soit 12 cm. Une sonde pénétrait à l'intérieur sur une profondeur d'environ 5 pouces soit environ 13 cm 5.

La vessie fut ouverte par une incision parallèle à sa face antérieure. Elle était saine.

Le vagin fut ouvert par sa partie antérieure, mais un peu à droite de la ligne médiane. Sa longueur était exactement de 5 pouces ou 13 cm. 1/2. La muqueuse vaginale était rouge, tuméfiée, en état de décomposition avancée au voisinage des grandes lèvres, mais ne présentait pas de déchirures.

Le col utérin était plus ramolli qu'il ne l'est à l'état normal, grisâtre ; il présentait des lèvres irrégulières. L'orifice externe permettait le passage d'un doigt.

L'utérus fut ouvert lui aussi par sa face antérieure et toujours un peu à droite du plan médian. La muqueuse cervicale était irrégulière, gangréneuse, mais ne présentait pas non plus de déchirures.

La cavité du corps contenait une quantité considérable de sang caillé et granuleux. Immédiatement au-dessus de l'orifice interne sur la face postérieure de l'organe, on remarquait une déchirure de la muqueuse correspondant à la troisième des perforations que nous avons signalées tout à l'heure à la face externe de l'organe. Il n'y avait absolument aucune trace de lésion à la partie correspondante aux deux autres plaies externes.

Cette cavité utérine était très petite. Aucun autre organe ne fut examiné.

D'après les apparences nul doute que la paroi postérieure de l'utérus n'ait été *atteinte dans des manœuvres exécutées en vue de provoquer l'avortement.*

Une amie de la victime donna ce témoignage en présence du juge : la morte lui aurait raconté que l'homme lui avait introduit la main dans le ventre et qu'alors « Dieu seul et elle ont pu savoir ce qu'elle avait souf- « fert ». On a dit que la malheureuse s'était rendue chez cet homme, qu'elle était ensuite revenue chez elle et que l'avortement avait eu lieu 8 ou 10 jours après. Dans le cas présent, il est bien probable que la femme a pu accomplir ce trajet d'un quart de mille malgré ses blessures car elles étaient très certainement presque fermées et n'ont pu par cela même donner que très peu de sang. La péritonite consécutive a dû se déclarer peu de temps après et la malheureuse succomba au bout de 5 jours.

Le diagnostic de la nature de ces blessures a été certainement facilité par la décomposition du sang entre les lèvres des plaies. Il était tout à fait noir et se mit à couler de nouveau d'une des plaies dès qu'elle fut essuyée. J'en conclus que ces blessures étaient d'origine vitale et n'avaient dû précéder la mort que de bien peu de temps.

En supposant que l'intervention de l'opérateur ait pour but de perforer les membranes, il dirigea mal son instrument dans le cas présent. Au lieu de suivre l'axe incurvé de l'utérus, il traversa bien le col sans accident,

mais il vint produire au niveau du promontoire la première perforation. Quant aux deux autres blessures situées plus haut, elles reconnaissent évidemment pour cause des manœuvres réitérées pratiquées dans le but de déchirer les membranes. Elles ont dû s'accompagner très probablement de lésions du placenta ; moins sûrement de lésions du fœtus.

Observation n° 16. — Coutagne, *in Lyon Médical*, 1882.

La fille M..., âgée de 21 ans, brodeuse en ornements d'église, succombait le 23 juin 1881 à Lyon dans des circonstances suspectes. L'attention du parquet fut appelée par une lettre anonyme. Une enquête judiciaire immédiatement ouverte apprit ce qui suit :

La fille M... avait quitté sa famille depuis un an environ et entretenait avec un jeune ouvrier des relations qui aboutirent à une grossesse sur laquelle elle n'eut plus de doutes en mai 1881 ; elle devait accoucher en octobre ; mais nous verrons que le terme qu'elle assignait n'était exact qu'à 1 mois 1/2 après. Abandonnée par son amant, elle résolut immédiatement de mettre fin à sa position et manifesta à plusieurs voisines et amies l'intention de se faire avorter, dût-elle en mourir.

Suivant la marche habituelle qu'on observe dans l'accomplissement de ce crime chez la population ouvrière de nos villes, la fille M... commence à prendre sur les indications d'une amie des remèdes internes

réputés abortifs et qui, dans ce cas, semblent avoir été des plus anodins (safran, armoise). Elle fut en outre surprise au moins une fois s'administrant des injections vaginales avec de l'eau d'arquebuse, mais avec un instrument et des circonstances qui ne permettent pas une pénétration au delà du vagin.

Aucun effet sur sa grossesse ni sur sa santé générale ne fut produit. Il en fut de même d'une chute faite en descendant du tramway dans les premiers jours de juin Notons enfin, dans un but qui échappe, l'absorption peu de jours avant sa mort de pillules de sulfate de quinine prescrites à une de ses amies atteinte de fièvre gastrique ; rien dans l'instruction ne permet de supposer que cette fille ait pu être mise sur la voie des propriétés abortives de la quinine, remède qui n'entre pas que je sache dans la liste de ceux auxquels le peuple attribue une action de cette nature. Les moyens précédents échouant radicalement, on recourt aux grands moyens, et M... se fait indiquer l'adresse d'une sage-femme experte en la matière. Le 18 juin, elle annonce à ses voisines, en revenant de lui faire une première visite, qu'une accoucheuse lui avait promis de la faire avorter moyennant 95 francs dont 30 francs comptant.

Le 20, nouvelle visite à la sage-femme.

Le 21, elle se porte parfaitement bien et sort à sept heures du matin environ et annonce qu'elle va chez la sage-femme qui doit la blesser, celle-ci devant se charger de la débarrasser bientôt. Chez la sage-femme, une femme de ménage le voit, Marie M... est couchée dans

un lit dressé en hâte et paraît très sérieusement malade. La sage-femme refuse de donner aucun renseignement sur ce qui s'est passé ; elle prétend qu'en entrant chez elle, la fille M... a été prise simultanément d'une syncope et d'une métrorrhagie abondante, qu'inquiétée par la perte, elle lui a administré dans la journée un gramme de seigle ergoté ; elle aurait pratiqué deux fois le toucher sans constater de commencement de travail. Le docteur R..., appelé seulement le 22, déclare avoir constaté tous les signes d'une péritonite aiguë sans espoir de guérison ; le col était entr'ouvert, mais l'orifice supérieur ne peut être franchi ; l'état était alors désespéré.

Mort le 23 avril à 5 heures du matin. Inhumation le 24. Exhumation le 29. Autopsie le même jour, soit 6 jours après la mort.

Putréfaction très avancée, coloration verdâtre des tissus, décollement de l'épiderme ; rien d'anormal à la surface du corps; la vulve entr'ouverte permet de constater un hymen déchiré sans lésion de la fourchette et laisse écouler une sanie puriforme Organes thoraciques normaux.

L'abdomen très distendu est ouvert et après section du péritoine la masse intestinale fait saillie ; la putréfaction est peu avancée sauf en ce qui concerne le foie.

Estomac, reins et rate normaux.

Les intestins sont normaux dans leurs parties supérieures mais congestionnés dans leur portion pelvienne.

Il en est de même du péritoine qui, au niveau du petit bassin, présente des fausses membranes louches.

Dans le pelvis on trouve un demi-verre de pus environ, mélangé de caillots noirâtres. Cette collection entoure une tumeur d'aspect singulier, irrégulière, rougeâtre, située à la partie inférieure du bassin, entre le rectum et l'utérus, dont les dimensions sont en rapport avec une grossesse de quelques mois.

En essuyant avec précaution cette tumeur, on ramène un petit corps facile à reconnaître pour un os pariétal de fœtus et l'on extrait du petit bassin un fœtus long de 15 cm., pesant 36 gr., relié par un cordon intact à un placenta de 12 gr. 5 également entier. Ce fœtus, pas plus que ses annexes, ne présente de trace de blessures ; il est en état de putréfaction. On enlève tous les organes du bassin. L'utérus présente comme dimensions :

Longueur totale : 11 cm. 5 ;

Longueur du corps : 9 cm. 5 ;

Diamètre transversal maximum : 10 cm. 5 ;

Epaisseur de la partie moyenne du corps : 2 cm. 5.

Le fond a complètement disparu entre les deux insertions tubaires pour faire place à une vaste solution de continuité dont les bords, uniformément frangés, sont constitués par un tissu musculaire aminci. Aucune altération prédisposante ne peut être recueillie à l'œil nu dans le tissu de l'organe ; l'examen microscopique est inutile vu l'état de putréfaction. La cavité de l'organe est vide et ne contient ni cicatrice ni blessure.

Conclusions. — 1° Marie M... a succombé à une hémorragie et à une inflammation péritonéale causées par une rupture de l'utérus à la fin du troisième ou au commencement du quatrième mois de la grossesse ;

2° Il est impossible de préciser avec une certitude absolue la cause de cette rupture que rien n'explique et ne semble pas avoir été causée directement par la main de la sage-femme, mais nous sommes disposés à admettre qu'une manœuvre intra-utérine a produit une lésion interne limitée qui se sera compliquée ultérieurement de la rupture du fond de l'utérus. Pour la production de cet accident, il y a lieu de faire entrer en ligne de compte, à défaut d'une altération destructive antérieure dont la nature nous échappe, l'administration dangereuse dans l'espèce de seigle ergoté.

Observation n° 17. — Von Maschka, *in Viertel-jahrsschrift für Gerichtliche Medicin*, années 1883 et 1884, vol. 41, p. 265 ; vol. 42, p. 32.

Marie T...; cuisinière, enceinte de trois mois, était bien portante, quand subitement elle tombe malade. Le jour même on a vu sortir de sa chambre à coucher une vieille femme qui s'était enfermée avec elle. Après des symptômes péritonéaux très accentués, la malheureuse fille succombe.

Autopsie. — Péritonite très importante, rien de bien particulier aux différents organes.

Utérus. — Longueur 9 cm., largeur 10 cm., épaisseur des parois 2 cm.

A la face interne de l'organe, en dedans de l'angle tubaire droit, on note une ouverture longue de 2 cm. qui intéresse toute l'épaisseur de la paroi et s'ouvre dans la cavité péritonéale par une ouverture située à 2 cm. au-dessous du bord supérieur, c'est-à-dire sur la paroi postérieure de l'utérus tout près au-dessous de l'insertion de la trompe droite. Cette ouverture, d'une longueur de 4 cm., a ses bords nécrosés, festonnés et gangréneux, avec des lambeaux de substances utérines prêts à se détacher.

Tout autour de cette plaie, on voit du tissu nécrosé, sanieux et imbibé, qui s'étend à 5 ou 6 mm. à la ronde.

Arrêtée, la vieille sage-femme déclare ne pas avoir fait avorter la victime ; mais elle pense que Marie T.... a pu se faire avorter elle-même à la suite de la visite qu'elle lui a faite, où elle l'a touchée et a constaté son état de grossesse. Au domicile de l'inculpée on trouve des aiguilles à tricoter dont une même porte les traces d'un flambage et un ou deux embouts en os avec une seringue à clystère.

Dans son rapport, l'auteur a conclu à une perforation utérine avec septicémie généralisée déterminée par des tentatives d'avortement criminel contre un produit de 4 à 5 mois et à l'impossibilité pour Marie T... de s'être fait avorter elle-même en raison de la hauteur de son col utérin.

Observation n° 18. — Von Maschka, *Loco citato.*

Anne-Marie N..., cuisinière, était enceinte de 3 mois environ ; le 21 juillet, sa maîtresse qui s'en va en voyage

la laisse en bon état de santé ; le 22, à son retour, elle voit sortir de la chambre de Anne-Marie N... une vieille matrone qui le soir même revient encore et reste même assez longtemps avec la jeune fille. Dès le lendemain. Anne est prise de très violentes douleurs avec des vomissements ; une teinte ictérique de la peau fait même croire à un empoisonnement par le phosphore. Par la vulve, on constate une assez forte hémorragie.

La malheureuse fille meurt le 30 juillet ; interrogée sur la possibilité d'un avortement, elle a nié et à prétendu que sa fausse-couche était due au port d'un panier trop lourd.

Autopsie : Utérus, longueur 13 cm., largeur 9 cm., épaisseur 22 m.

Dans la cavité utérine on trouve un liquide fétide, brunâtre, ichoreux, couleur goudron ; la muqueuse est transformée sur une profondeur de 4 mm. en une bouillie nécrotique.

Vers le milieu de la paroi postérieure de l'utérus, il y a une perforation béante, longue de 3 cm. sur 2 cm. de large avec des bords nécrosés et gangréneux.

A la surface extérieure, la substance utérine aux alentours de la perforation est nécrosée à 1 cm. au pourtour.

Le reste de l'organe est sain.

L'auteur dans son rapport conclut à une perforation faite dans des manœuvres abortives.

Observation n° 19. — Von Maschka, *loco citato.*

Franziska K., 30 ans, non mariée, meurt le 6 octobre chez une sage-femme. Un médecin appelé la veille de la mort déclare que le ventre était douloureux, le facies péritonéal : le pouls petit et misérable. Les parents de la victime affirment que le 30 septembre ils ont vu leur fille en bon état de santé au moment de son départ pour Prague, où elle passa la journée. Le premier octobre elle était malade et paraissait inquiète et soucieuse.

Autopsie : Péritonite généralisée.

L'utérus est entouré de membranes formant une sorte d'exsudat.

Longueur : 14 cm.

Largeur : 10 cm.

A la surface interne du fond de l'utérus et près de l'embouchure de la trompe gauche, on trouve une ouverture de la dimension d'un gros pois avec des bords irréguliers, déchiquetés ; cette ouverture communique largement avec la cavité péritonéale.

L'on retrouve sur la surface péritonéale de l'utérus une ouverture de la dimension d'un gros pois avec nécrose et destruction de toute la partie environnante du revêtement péritonéal.

Toute la muqueuse utérine est recouverte de débris sanieux et brunâtres ; il y a un corps jaune à l'ovaire gauche.

D'après la grosseur de l'utérus, l'auteur pose le diagnostic d'une grossesse de 3 à 4 mois et admet que cette perforation est le résultat de l'introduction dans

la cavité utérine d'un instrument dans un but criminel.

Observation n° 20. — Winter, *in Centralblatt für Gynäkologie*, 1886, p. 815 (Communication à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin, séance du 12 nov.).

L'utérus que je vous présente est un utérus gravide au cinquième mois présentant une gangrène localisée de sa paroi postérieure. Il provenait de l'autopsie d'une primipare placée dans une condition sociale qui avait fait naître des soupçons d'avortement criminel. Cette femme avait été subitement prise et de coliques et de vomissements; 24 heures après le début de ces symptômes, elle expulsait spontanément un fœtus. Le placenta qui exhalait une odeur fétide a dû être extrait artificiellement. La malade succomba peu de temps après avec des symptômes de péritonite généralisée.

Autopsie : Elle confirma le diagnostic porté pendant la vie et permit de faire une constatation très remarquable. L'utérus était sain dans sa partie antérieure, mais au-dessus de l'origine des trompes la paroi postérieure était ramollie d'une manière uniforme. La partie médiane était gangrénée et détruite sur la largeur d'une pièce de 5 francs ; il y a là perforation complète de la paroi. On avait évidemment, en pratiquant la tentative d'avortement, *déposé le virus sur la paroi même de l'utérus en ce point relativement accessible aux instruments employés à cet usage*. Le virus avait amené une métrite

aiguë gangréneuse et la perforation secondaire de l'utérus.

L'examen microscopique de la paroi montre que les muscles utérins étaient très œdématiés et très ramollis, détruits au niveau de la perforation. A la partie médiane, entre les deux zones, on voyait une grande quantité de micro-organismes agglomérés.

L'espèce de ces micro-organismes fut impossible à préciser; toutefois, l'existence prédominante de bacilles de grandes dimensions était en faveur des organismes saprophytiques de la putréfaction qui avaient trouvé dans des tissus privés de vie un terrain favorable à leur développement.

Observation n° 21. — Lesser : *Vierteljahrsschrift für Gerichtliche Medicin,* nouvelle série, t. XLIV, p. 229, Berlin, 1886 (sixième observation de l'auteur).

Femme, II pare, enceinte de 7 mois, fait un avortement criminel d'un fœtus de 34 cm.

Mort deux jours plus tard.

Autopsie : Sur la paroi antérieure de l'utérus, perforation et infiltration diffuse et sanglante avec un début de nécrose.

Observation n° 22. — Veit : *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 23 décembre 1886, p. 909.

Dans ce cas, il y a à l'angle de l'utérus et du vagin un véritable trou avec des festons gangréneux, trou qui

communiquait avec la vessie. Malgré ce délabrement utérin la grossesse a continué néanmoins. Il y avait eu des manœuvres abortives dont malgré l'évidence la malade n'a pas voulu faire l'aveu.

Observation n° 23. — Richardière : *In Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1887, p. 427

Il s'agit d'une femme adulte de 24 ans, du nom de D. sur qui nous n'avons pu avoir aucun renseignement clinique.

Son autopsie pratiquée à la Morgue de Paris nous a permis de constater en plus de quelques signes de grossesse sur lesquels nous n'avons pas à insister (vergetures de l'abdomen, présence de lait dans les mamelles) l'existence d'une péritonite aiguë généralisée.

La péritoine renfermait au moins 2 litres de liquide séro-purulent dans lequel nageaient des fausses membranes molles et friables ; l'utérus et ses annexes, tapissés de néo-membranes récentes, baignaient dans cette sérosité louche. Il n'y avait pas d'épanchement sanguin appréciable.

Les organes génitaux externes, vulve et vagin, étaient indemnes de toute lésion traumatique.

L'orifice externe du col utérin était fermé sans aucune déchirure.

L'utérus était volumineux ; ses dimensions dépassaient les dimensions ordinaires de l'organe examiné en dehors de la gestation. Le diamètre vertical mesuré du fond à l'orifice externe du col était de 10 cm. ; le

diamètre transversal, d'une trompe à l'autre : 8 cm. Les parois de l'utérus étaient épaissies, parcourues par de longs sinus veineux, béants, remplies de sang et ne renfermant pas de pus.

La surface interne de la matrice était couverte d'une sanie sanguinolente, putrilagineuse ; il n'existait aucune autre lésion traumatique que celle qu'il nous reste à signaler. Le fond de l'organe était le siège d'une perforation faisant communiquer directement la cavité utérine avec le péritoine.

Cette perforation occupait le sommet de l'organe, empiétant un peu sur la face postérieure. Elle mesurait 2 cm. de diamètre antéro-postérieur, sur 2 cm. 1/2 de diamètre transversal, laissant passer assez facilement l'extrémité du petit doigt.

L'ouverture libre au centre était masquée sur les bords par des débris filamenteux du tissu musculaire utérin désagrégé et mortifié.

Une coupe du tissu de l'utérus pratiquée au niveau de la perforation montra que le sphacèle était limité aux bords de la lésion ; les tissus voisins étaient infiltrés de sang coagulé sur une étendue de 1 cm. 1/2 environ.

L'utérus ne renfermait plus de germe fœtal ; l'examen de la surface interne ne permettait pas de constater le point d'insertion du placenta.

L'enquête judiciaire qui suivit l'autopsie ne put faire connaître les conditions dans lesquelles avait été pratiqué l'avortement ; elle amena la saisie au domicile de la femme D... de plusieurs objets parmi lesquels un seul

nous a paru avoir pu servir à l'accomplissement des manœuvres tendant à l'expulsion d'un fœtus. C'était une seringue en étain composée d'un corps de pompe de 15 cm. à laquelle s'adaptait une canule de 15 cm. de longueur, courbée presque en arc de cercle, allant en s'effilant de l'ajutage à l'extrémité perforée.

Observation n° 24. — Richardière, *loco citato*, p. 432.

Le fait suivant nous a été obligeamment communiqué par le docteur Socquet.

Femme de 24 ans ; à l'autopsie, il n'y avait pas d'épanchements sanguins ou purulents dans la cavité abdominale. Les intestins étaient sains ; l'S iliaque était accolé à l'utérus par quelques fausses membranes d'apparence récente. Près de l'insertion du ligament de Douglas, deux petites suffusions sanguines. On voyait sur la face postérieure, sur la ligne médiane et à 1 cm. environ du fond, une perforation complète de toute la paroi de l'organe. L'orifice externe de la perforation avait l'apparence d'un champignon blanc grisâtre ; il était entouré d'une auréole inflammatoire, mesurant 18 mm. de diamètre et présentant une couleur rouge vineuse avec extravasation sanguine.

Observation, n° 25. — Lacassagne, *in Archives d'anthropologie criminelle et des Sciences Pénales*, 1889, p. 754 et suivantes.

La nommée Anne D., épouse C., âgée de 40 ans, mourait à Lyon le 9 avril 1889 dans des circonstances suspectes.

L'exhumation fut pratiquée le 27 avril à 7 heures du matin.

Le lendemain à 9 heures j'ai procédé à l'autopsie dans mon laboratoire de la Faculté de médecine.

Le cercueil en bois tendre a une longueur de 1 m. 90 et porte le n° 542.

Le corps est vêtu d'un jupon blanc, d'une camisole avec petit feston aux manches ; un foulard blanc soutient la mâchoire ; elle porte un bonnet blanc et des bas de coton.

Taille du sujet 1 m. 56, cheveux abondants et grisonnants, yeux à moitié clos. Champignon blanc dans l'ouverture palpébrale. Globe oculaire assez bien conservé. Champignons près des narines et de la bouche ; de ces ouvertures s'écoule une sanie noirâtre. La face est sur le point de se momifier. Il y a la putréfaction bronzée au cou, sur les côtés du thorax, à la face supérieure de la poitrine. Rien de spécial aux seins. Les bras, les mains (recouverts de champignons blanchâtres), les membres inférieurs sont pâles mais non putréfiés.

Quand on écarte les cuisses pour examiner les organes génitaux, une sanie rougeâtre s'écoule du vagin et on voit saillir la partie postérieure du vagin poussée par les gaz abdominaux. A la face postérieure dans le dos, il y a une empreinte d'un vésicatoire.

Ouverture du corps : Abdomen.

Estomac vide.

Matières fécales dans l'S iliaque.

Foie putréfié ainsi que la rate et les reins.

Le mésentère est rouge, enflammé, purulent.

Il y a du pus entre les anses intestinales ; la surface péritonéale est aussi recouverte de pus. Lorsqu'on soulève le paquet intestinal on constate la présence dans le petit bassin d'un verre environ de pus mélangé de sang.

Les intestins enlevés, on constate : aux organes génitaux urinaires :

La vessie est vide.

Sur le fond de l'utérus en son milieu, une ouverture à bords assez réguliers, longue de 34 mm. selon le diamètre transversal de l'utérus, large de 11 mm., est terminée à droite par une encoche.

La partie antérieure de l'utérus est rouge et noirâtre en certaines parties ; sur la paroi postérieure, quelques points noirâtres comme ecchymotiques qui peuvent tenir à la putréfaction. L'ovaire et le ligament large du côté gauche sont gros et infiltrés de sang. Sur cet ovaire, on trouve un corps jaune en évolution.

Nous ne trouvons rien de particulier à la partie supérieure des cuisses ou à la vulve.

Nous pratiquons une coupe antéro-postérieure à droite et à gauche de la symphyse pubienne pour enlever le bloc des organes génitaux.

Le col utérin est gros. Son ouverture, en forme de croissant, mesure 26 mm. de long, mais ne présente pas de déchirure récente. Les dimensions de l'utérus sont les suivantes : le col et le corps réunis mesurent 118 mm. environ soit 44 mm. pour le col et 74 mm. pour le corps. Le diamètre transversal maximum est de 70 mm. L'épaisseur maximum des parois au milieu de l'utérus est de 14 mm. Sur la surface muqueuse nous

trouvons des débris de la caduque et de membranes et une sanie rougeâtre.

Autour de l'ouverture du fond de l'utérus, les parois sont plus minces, taillées en biseau aux dépens de la partie interne. Les bords de l'ouverture sont frangés ; près des bords, la paroi est si mince en certains points qu'elle est comme transparente.

En résumé la paroi utérine a été érodée suivant une surface de cône dont la base, correspondant à la muqueuse, a 47 mm.

Du côté gauche, près et au-dessous de la trompe, nous notons un épaississement en forme de tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise. Trois autres tumeurs analogues se trouvent en différents points de la surface interne Lorsqu'on les incise, elles présentent une section nettement ecchymotique ; ce sont des thrombus. Relevons spécialement ce fait que, quoique nous ayons affaire à un utérus en état de gestation, nous n'avons pas trouvé de produit de conception dans l'utérus ni dans l'abdomen.

Après ces constatations, nous avons regardé comme inutile l'ouverture de la cavité cranienne.

Il résulte donc de l'autopsie que la femme C .. a succombé au cinquième jour d'une métro-péritonite.

Que cette femme était enceinte de 2 mois 1/2 environ.

Que le produit de la conception et ses annexes n'ont pas été retrouvés dans les parties génitales ou l'abdomen.

Que le fond de la matrice est le siège d'une perforation.

Il s'agit d'établir si celle-ci est spontanée ou le fait d'une déchirure traumatique.

L'étude du dossier permet de répondre à ces questions.

Il résulte en effet du dire des témoins et de la victime elle-même qui s'exprime ainsi : « L'accoucheuse, Mme D. m'a donné une injection et m'a piquée ; elle m'avait dit de la prévenir lorsque je sentirais la piqûre »; il résulte encore des interrogatoires de la sage femme qui varie d'une fois à l'autre dans ses réponses, changeant ainsi son système de défense : que des manœuvres ont été pratiquées et ont causé la perforation de l'utérus dévoilée à l'autopsie. Tous les témoins sont très affirmatifs sur un point assez important : à savoir que, avant sa visite à la sage-femme, la victime était en bon état de santé, et que dès son retour elle était très mal, ne pouvant même plus se tenir debout ni assise, vomissant et se plaignant. C'est dans cet état que la vit le Docteur V... qui posa le diagnostic de péritonite aiguë et ne donna ses soins que pendant 3 jours.

Mais ce n'est là qu'une déduction purement juridique et par ce fait même insuffisante au point de vue scientifique qui doit seul préoccuper le médecin-légiste. Dans le cas qui nous occupe, l'état de la perforation, la résistance de l'utérus à la putréfaction indiquant un organe sain, l'épanchement de produit sanieux dans l'abdomen, et enfin la disparition du foetus et de ses annexes, tout parle en faveur d'une perforation provoquée par des manœuvres criminelles et fait absolument rejeter toute idée de rupture spontanée.

Conclusions. — 1° La femme C..., au deuxième mois environ de sa grossesse, est morte d'une métro-péritonite ;

2° La femme C... a subi des manœuvres abortives qui ont produit l'expulsion du fœtus et de ses annexes. Elles ont en même temps provoqué une déchirure ou une perforation traumatique du fond de l'utérus ;

3° Cette perforation traumatique a déterminé la métro-péritonite.

Observation n° 26. — Brion, thèse, Paris, 1892 (Observation 19, année 1888).

Marie C .., cordonnière, entrée le 13 octobre, primipare ; les dernières règles datent du 20 mars 1888 ; elle a eu des hémorragies à 4 mois de grossesse et qui ont réapparu 15 jours avant son avortement.

8 octobre. — Rupture prématurée des membranes.

13 octobre. — Evolution spontanée avec un fœtus mort depuis la veille et pesant 850 gr. Rétention placentaire.

14 octobre. — *Extraction du placenta* (39,8) après chloroforme. Une partie est enlevée, car le reste est *inaccessible dans la corne gauche. Irrigation continue.*

15 octobre. — Frissons violents avec 41°, extraction sous chloroforme du restant du placenta qui est putréfié. Le soir 37,4 ; on cesse l'irrigation.

18 octobre. — Mort de péritonite par chute d'une escharre du fond de l'utérus.

Réflexions. — Le *curage digital* n'a malheureuse-

ment pu être complet en raison de la malformation de l'utérus.

Observation n° 27. — Weston (*Proceedings of the New-York Path. Society*, 1892, p. 45).

L'auteur présente un utérus avec gangrène qui a été enlevé à une femme morte quatre jours environ après un accouchement prématuré à l'époque où la grossesse ne pouvait être diagnostiquée d'une façon certaine.

C'était évidemment un cas d'avortement instrumental fait par la patiente elle-même ou par quelque amie.

La pièce montre une aire de gangrène localisée, très limitée, de 1 pouce 1/2 de diamètre, située sur le fond de l'utérus, sur le côté gauche, avec deux perforations à travers le tissu utérin, et conduisant dans la cavité abdominale.

Il y avait une seconde aire de gangrène sur la face postérieure ayant à peu près la même dimension que la précédente et s'étendant à travers toute la paroi utérine.

Péritonite septique généralisée.

Il y avait aussi deux phlyctènes gangréneuses situées dans le col et s'étendant à travers la portion musculaire jusqu'au péritoine, mais ne l'entamant pas.

Observation n° 28. — Hermann Biggs (*Proceedings of the New-York Pathological Society*, 1892, p. 46).

A propos de la communication précédente, Biggs

déclare qu'il a vu un autre cas de gangrène de l'utérus dont l'*étiologie était absolument la même.*

Il y avait aussi une plaque gangréneuse située au fond de l'utérus, ayant environ 1 pouce de diamètre, bien circonscrite, et de la péritonite septique par perforation.

Observation n° 29. — Dreising (Thèse inaugurale, Berlin, 1894).

L'auteur rapporte deux observations de Winter publiées dans *Jeitschrift für Gehusthulfe und Gynäkologie.* La première de ces observations est reproduite précédemment au n° 20. La seconde est la suivante :

Il s'agit d'une femme de 24 ans dont l'histoire est semblable à celle de la première.

A l'autopsie : péritonite diffuse, plus marquée encore dans le petit bassin où l'on trouve un pus fétide dans lequel nage l'utérus.

Cet organe n'est pas gros, il paraît sain à l'exception de la partie postérieure du fond qui porte des traces de gangrène localisée.

Observation n° 30. — Strassmann (*Lehrbuch der Gerichtlichen Medicin*, 1895, p. 183 et suivantes).

Le 22 mars, une femme mariée dont le nom est B... est prise de symptômes très graves d'infection puerpérale, et elle meurt le 25.

Autopsie faite le 30 :

Ictère, suppuration dans l'articulation scapulo-humérale gauche ; des abcès métastasiques dans les deux poumons. La rate et les reins sont un peu tuméfiés.

L'utérus mesure 8 cm. de longueur sur 7 cm. 1/2 de largeur et 3 cm. d'épaisseur. Sur le col tout près de l'orifice interne, deux vieilles cicatrices ; sur le fond de l'utérus, un trou rond de 2 cm. de diamètre avec des bords sphacélés.

Il y a « une inflammation diptéritique » et suppurée sur toute la surface interne du segment supérieur du corps utérin, ainsi que sur la surface extérieure et sur les ligaments larges.

Un peu de pus dans les trompes.

L'auteur fait suivre cette observation de ces réflexions : De pareils trous peuvent-ils se former sans une intervention mécanique dont la conséquence est une inflammation suppurative de la paroi utérine ? Bien que nous connaissions l'existence d'une myométrite disséquante, nous voudrions répondre : Non ; et dans ce cas de trou isolé pencher pour le traumatisme comme dans l'observation suivante.

Observation n° 31. — Même auteur.

Mlle G..., 19 ans, enceinte de deux mois, s'en va trouver le 31 juillet un nommé V... (condamné à plusieurs reprises et qui, depuis quelque temps, sous le couvert de massages, se livrait à des manœuvres abortives).

Il la fit asseoir (suivant les aveux de G...) à cheval sur deux chaises et opéra ainsi à plusieurs reprises.

La malheureuse a plusieurs syncopes, de terribles douleurs dans le bassin ; elle est noyée de sueurs profuses et froides. Jusqu'au 2 août elle reste chez V... qui, à cette époque, la reconduit chez sa mère d'où on l'amène à la clinique où elle meurt le 10 août.

Autopsie. – Péritonite purulente avec inflammation suppurative de la matrice.

Dans la région de l'angle tubaire gauche il y a une nécrose gangréneuse de la musculature utérine avec une perforation s'ouvrant dans le péritoine.

V... fut condamné aux assises ; au moment de son arrestation, il chercha à s'échapper par la fenêtre de son habitation emportant avec lui et son argent et aussi des seringues à longue canule, un cathéter intra-utérin, une curette de Roux. Chez lui on trouva des fioles nombreuses contenant des antiseptiques variés.

Observation n° 32. — Lucas, Thèse de Paris 1896.

Wol... 27 ans, ménagère, est amenée, le 13 décembre 1895 pour une fausse-couche non suivie de délivrance.

C'est sa troisième grossesse ; les deux premières se sont terminées normalement (une à terme, l'autre à 8 mois 1/2).

La malade ne se souvient pas de l'époque de ses dernières règles : elle se croyait néanmoins enceinte de trois mois au moins. Elle a fait son avortement deux jours auparavant chez elle ; le délivre ne serait pas venu après le fœtus. Interrogée sur la cause de son avorte-

ment, à plusieurs reprises, la malade répond qu'elle l'ignore, et ne veut donner aucune explication.

Après sa fausse-couche elle a perdu du sang en quantité modérée ; elle n'a *vu ni médecin ni sage-femme*, mais est restée au lit en prenant plusieurs injections d'eau boriquée dans la journée.

Le lendemain soir, elle s'est sentie prise de fièvre, a éprouvé plusieurs frissons avec soif vive. L'hémorragie était complètement arrêtée.

Le lendemain, son état ne s'améliorant pas, elle entre à l'hôpital.

A son arrivée on constate immédiatement les signes d'une infection profonde. Malgré le peu d'élévation de la température, 38,2, le facies est altéré, le teint est plombé, les yeux cernés, brillants, la langue est sèche, légèrement humide seulement sur les bords. L'haléne est fétide, le pouls assez fort et régulier est à 110. Une odeur infecte s'exhale des organes génitaux. Le ventre n'est que peu douloureux ; au niveau du fond et des cornes utérines, il est légèrement météorisé, mais permet néanmoins une palpation facile ; l'utérus est augmenté de volume, remonte à deux bons travers de doigt au dessus de la symphise, le col est entr'ouvert, admet deux doigts à l'orifice externe mais on ne parvient pas à franchir l'orifice interne.

Immédiatement la femme est mise en travers du lit ; Schwab sous chloroforme complète avec les doigts la dilatation du col, *pénètre facilement dans l'utérus* et extrait un morceau assez volumineux de placenta qui adhérait encore vers le fond de l'utérus, exhalant une

odeur absolument infecte. *Curetage.* Des débris putrilagineux, sentant très mauvais, sont ramenés. Abondante *irrigation intra-utérine* suivie *d'un écouvillonnage* à la glycérine créosotée. Température de 39,5, la femme se plaint vivement du ventre, le facies est altéré profondément, elle est très agitée dans la nuit; diarrhée abondante, liquide et fétide ; le ventre est douloureux, légèrement ballonné.

Le 14 décembre : 36,5 ; agitation plus marquée, la diarrhée persiste, fréquentes injections vaginales et *3 injections intra-utérines* dans la journée ; le liquide revient normalement. Les signes de péritonite s'accentuent et la malade meurt le 15 décembre à 8 heures du matin.

Autopsie : Perforation siègeant à la face postérieure de l'utérus à 3 cm. environ au-dessous de la corne droite ; à peu près circulaire, grande comme une pièce de 20 cent. à bords déchiquetés, très friable.

Autour de la perforation est un foyer purulent, limité par des adhérences entre les anses intestinales. Plusieurs cuillerées de liquide louche et rougeâtre dans la cavité de Douglas. Signes de péritonite généralisée.

Observation n° 33. — Lucas (Thèse de Paris 1896, Observation n° 16, page 52).

Dufr .. 22 ans ; sans profession ; entre à la Maternité de Lariboisière, salle Perreau, le 2 décembre 1895 à une heure du matin. Le lendemain, de son arrivée,

elle a pu donner les renseignements suivants : Au dire de la malade, les règles *n'ont jamais fait défaut* ; elle ne se croyait pas enceinte, elle se rappelle avoir eu quelques nausées et de rares vomissements auxquels elle n'attacha aucune importance.

Le 22 novembre elle aurait perçu d'une façon obscure des mouvements actifs qui ne reparurent plus.

Le 30 novembre, la malade a éprouvé dans la journée plusieurs défaillances après s'être heurtée le ventre, dit-elle, contre *une grosse clef*, en faisant son ménage. Elle a, en outre, ressenti quelques légères douleurs abdominales qui ne persistèrent pas.

Le 1er décembre, les douleurs reparurent et augmentèrent rapidement d'intensité et de fréquence Vers 8 heures du soir, elles revenaient environ toutes les demi-heures accompagnées de quelques gouttes de sang.

A minuit elle se fait conduire à l'hôpital et pendant le trajet perd de l'eau en assez grande quantité.

A son arrivée on constate une élévation de température de 40,9 ; une odeur très fétide s'exhale des organes génitaux.

L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, le ventre est très dur, légèrement ballonné, non douloureux. Le col présente une dilatation de deux francs, à travers laquelle on sent une petite tête. Aucune perte de sang ; l'urine est très légèrement albumineuse.

A 3 heures 1/2 la dilatation est presque complète et à 5 heures la malade expulse un fœtus masculin mort-né pesant 180 gr. et mesurant 22 cm. de longueur.

La délivrance a lieu quelques minutes après sans hémorragie.

Le placenta d'aspect normal pesait 40 gr. Les membranes étaient complètes et présentaient en plusieurs endroits, un notable épaississement. Fœtus et placenta répandaient une odeur infecte.

Aussitôt après, *injection intra-utérine* avec 4 litres d'eau phéniquée ; la température descend à 38,8. Tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Sulfate de quinine 50 centigr.

Le 3 décembre au matin la malade est prise de vomissements verdâtres ; nouvelle *injection intra-utérine* à la solution iodo-iodurée. Le soir, l'odeur fétide persiste, la température est de 38,6. On pratique alors un écouvillonnage à la glycérine créosotée au moyen d'un tampon d'ouate enroulé autour d'une pince longue suivi d'une injection au permanganate et d'un tamponnement.

Le 4 décembre la température est de 37,8 mais le lendemain le thermomètre remonte à 39,2. La malade depuis le matin est prise de vomissements verts très abondants et presque continuels. On prescrit de la glace sur le ventre, de l'opium, mais elle meurt à minuit 1/2 après avoir présenté tous les symptômes d'une péritonite suraiguë.

A l'autopsie, les anses péritonéales apparaissent fortement distendues et injectées et recouvertes par places de fausses membranes fibrineuses. Elles sont agglutinées les unes aux autres, surtout dans la région qui avoisine l'utérus.

A la face postérieure de celui-ci, à droite et en haut,

à un travers de doigt du point d'abouchement de la trompe, on constate une perforation à peu près circulaire, large comme une pièce de 20 centimes, dont les bords, légèrement déchiquetés, très friables, sont peu épais.

Autour de la perforation, il existe un foyer purulent tendant à s'enkyster et contenant une bouillie noirâtre, putrilagineuse, à odeur fécaloïde. La cavité de Douglas contient également quelques cuillerées de pus.

Cette observation a fait l'objet d'une présentation de la part de M. Schwab à la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris le 12 décembre 1895. Dans la discussion qui suivit, M. Maygrier conclut qu'on se trouvait bien en présence d'un tissu déchiré, mais M. Budin penchait plutôt pour un abcès de l'utérus. M. Doléris pensait qu'en raison de la grande perte de substances on ne pouvait conclure à une perforation.

Observation n° 34. — Hoffmann. Avortement par injection, perforation de la voûte du vagin et du fond de l'utérus (*Atlas Manuel de Médecine Légale*, traduction Vibert, 1899, page 77).

Une femme de 37 ans, ayant accouché 7 fois, et se trouvant de nouveau enceinte de deux mois, se rendit chez une sage-femme pour se faire avorter. Celle-ci la fit coucher à terre et lui injecta un liquide incolore en se servant d'une canule en os longue et étroite, qu'elle enfonça dans les parties génitales si profondément que l'opérée crut sentir l'instrument jusque dans l'estomac

et éprouva une vive douleur. La femme rentre péniblement chez elle, après avoir vomi en route ; elle prit le lit en arrivant et fit appeler un médecin. Ceci se passait le 23 septembre.

Le 3 octobre la femme avoua au médecin les manœuvres abortives et aussi que, dans la nuit du 24 au 25 septembre, elle avait expulsé un caillot qu'elle avait jeté dans les cabinets.

La mort survint le 3 octobre.

La sage-femme, arrêtée, prétendait simplement avoir injecté de l'eau dans le vagin, « pro forma ».

Dans le cul-de-sac postérieur du vagin dont les parois sont dilatées et amincies, se trouve une plaie irrégulière recouverte d'un exsudat fibrino-purulent, communiquant avec la cavité de Douglas et soudée en ce point avec les anses intestinales par un exsudat assez résistant. En outre, il y a dans le fond de l'utérus une ouverture de la grandeur d'un florin avec des bords ramollis et déchiquetés.

Cette ouverture donne accès dans la cavité péritonéale, elle est reliée aux anses intestinales par un exsudat fibrino-purulent. La plaie du vagin résulte incontestablement d'une perforation par la canule. Très vraisemblablement la plaie de l'utérus a la même origine ; cependant il n'est pas impossible qu'elle ait été produite ou agrandie par le ramollissement septique de la paroi utérine.

Observation n° 35. — Observation de M. le professeur Poirier, *in Thèse Rebreyend*, Paris, 1901, p. 187.

Déchirure traumatique de l'utérus ; péritonite localisée autour de l'utérus, drainage abomino-vaginal.

Madame B... entrée à l'hôpital Tenon le 30 décembre 1899 pour des accidents graves post-abortum. Les dernières règles remontent au 18 septembre 1899.

Interrogée, elle avoue s'être fait elle-même, le 26 décembre, une injection intra-utérine d'eau de savon avec une canule en caoutchouc durci. Elle ressentit aussitôt des douleurs intolérables « à crier » dans le bas-ventre. Bientôt après survinrent des vomissements verdâtres. L'expulsion de l'œuf eut lieu le 27 décembre au milieu de douleurs mais sans hémorragie considérable.

Les 28 et 29 décembre, les douleurs persistant, le ventre se ballonne, la fièvre s'allume. Il y avait du hoquet, des vomissements fréquents et verdâtres témoignant de l'existence d'une péritonite généralisée. A son entrée en chirurgie, la malade est examinée par l'interne de garde (ancien interne en chirurgie) qui constate un écoulement utérin de mauvais aspect (séro-purulent) et un utérus gros et douloureux. Il pensa à une rétention de membranes et fit à 9 heures du soir un curetage prudent avec la curette mousse de Récamier en usage dans le service. Curetage suivi d'une irrigation utérine abondante à l'eau bouillie. Tamponnement à la gaze aseptique.

Le lendemain et le surlendemain l'état général s'amé-

liore, plus de vomissements, mais la température reste au-dessus de 38, le pouls est rapide, le facies pâle et grisâtre.

2 janvier : Pansement par l'interne de service. Au toucher le col largement ouvert, mou, admet deux doigts. Dans la partie droite du petit bassin on délimite par le palper combiné une tumeur arrondie, rénitente, semblant légèrement mobile à la pression. Cette masse paraît être le corps de l'utérus gros, dans le cul-de-sac postérieur gauche ; tuméfaction douloureuse assez volumineuse, collée à l'utérus et donnant l'impression d'une annexite avec péri-annexite. A ce moment le diagnostic porté est le suivant : Gros utérus infecté, peut-être mal vidé, avec annexite, injection intra-utérine matin et soir.

Le 4 janvier M. Poirier, au retour des vacances du jour de l'an, voit la malade dans son lit, fait le toucher vaginal ; constate l'existence d'un utérus gros laissant suinter un liquide sanieux très fétide, puis fait transporter immédiatement la malade à la salle d'opération.

Sur la table d'opération : Examen au speculum ; par l'orifice utérin on voit qu'il s'écoule une grande quantité de pus extrêmement fétide ; au toucher on ne retrouve plus la volumineuse tumeur latérale droite que l'on avait constatée les jours précédents ; la sonde de Doléris introduite dans l'utérus pénètre sans l'ombre de résistance à une profondeur telle que M. Poirier porte le diagnostic de rupture utérine.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, œdème du

tissus sous-péritonéal et prévésical. Derrière le péritoine incisé apparaît l'épiploon vascularisé formant un gâteau induré et adhérent à l'utérus. Au-dessous de l'épiploon, le doigt ouvre une grosse collection suppurée péri-utérine droite et sent l'extrémité du drain qui avait été mis dans l'utérus pour assurer l'écoulement du pus. Après essuyage du pus, le globe utérin paraît rouge.

Sur sa paroi antérieure existe une déchirure irrégulière à bords déchiquetés et sphacélés, longue d'environ 4 cm. et de forme anguleuse en Z très allongée. En arrière de l'utérus, grosse collection purulente, dans le cul-de-sac postérieur. Au voisinage de l'utérus les anses grêles sont vascularisées et dépolies ; il y a des signes évidents d'une péritonite généralisée.

M. Poirier agite alors la question de savoir s'il doit enlever l'utérus ; les lésions lui paraissant limitées, il prend le parti de le laisser en place en drainant largement. Il introduit dans l'utérus, par la déchirure, un gros drain qui descend dans le vagin et ressort par la plaie abdominale. De plus quatre autres drains sont placés dans toutes les directions dans la partie inférieure de la cavité abdominale. 1 litre de sérum dans la saphène.

Suites opératoires. — Le soir, la malade a bien supporté cette grave intervention ; le pouls est bon, température 38 ; la malade se sent mieux. Grand lavage abdomino-vaginal par les drains.

Le lendemain injection intra-veineuse de sérum ; la malade n'a pas vomi. Les jours suivants grands lavages

(7 à 8 litres) abdomino-utérins. On retire successivement tous les drains et en dernier le drain abdomino-vaginal est enlevé le 25 janvier. Malade sort guérie le 5 mars. Les règles reviennent trois mois après l'opération.

Dans le pus, provenant de la cavité abdominale, on a trouvé qu'il s'agissait de streptocoque extrêmement virulent.

Après le lavage du péritoine, les ensemencements sur gélose pure et autres milieux sont restés stériles (Loevy et Loeper).

Observation n° 36. — Professeur Brouardel.
(*L'avortement*, 1901, p. 221)

J'ai eu l'occasion de faire à la Morgue de Paris l'autopsie d'une fille, sœur d'un sergent de ville, dont la mort rapide avait paru suspecte. L'autopsie nous démontra qu'elle avait subi des manœuvres directes et le volume de l'utérus nous amena à conclure à une grossesse de 5 à 6 mois. L'utérus avait été perforé au niveau de son fond, et la perforation était punctiforme ; à peine visible sur la muqueuse utérine, elle allait en s'élargissant et au niveau de la face péritonéale ; il existait une perte de substances en infundibulum de la paroi de l'utérus.

Observation n° 37. — Professeur Brouardel.
(*Avortement*, 1901, p. 222)

Dans un autre cas j'ai trouvé une disposition analogue

mais à une période moins avancée ; l'infundibulum était encore rempli par un sphacèle au milieu duquel il était fort difficile de reconnaître la perforation qui avait déterminé la lésion.

Observations nos 38, 39 et 40. — Thoinot, Socquet et Maygrier (*Bulletin de la Société de Médecine légale de France*, 1901-1902, tome 17, p. 95) ; Maygrier (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1901, p. 365).

Les trois pièces anatomiques sont trois utérus enlevés à des femmes ayant fait des fausses couches. Ces trois pièces présentent toutes trois de la gangrène utérine.

Deux proviennent d'autopsies faites par le docteur Thoinot, la troisième d'une autopsie faite par le docteur Socquet. Le docteur Maygrier a assisté à ces trois cas.

Observation n° 38. — Après avoir rappelé tout l'intérêt médico-légal soulevé par cette question du processus oui ou non spontané de ces gangrènes, le docteur Thoinot présente le premier de ces utérus (**planche IX**) qu'il a enlevé au cours d'une autopsie d'une jeune femme qui venait de faire une fausse-couche de 4 mois 1/2 chez une sage-femme de Paris. Elle mourut 3 jours après son avortement après avoir présenté des symptômes sur lesquels il était difficile de mettre une étiquette précise : fièvre légère et tardive, peu de douleurs abdominales, à tel point que le décès parut inopiné.

Et cependant voyez quelle effrayante lésion : tout le fond de l'utérus est détruit, a disparu, emporté par la

PLANCHE IX

PLANCHE X

gangrène. Les bords sont irréguliers, frangés, putrilagineux, tandis que le reste de l'organe est absolument sain.

L'abdomen contenait en abondance un liquide sanieux dans lequel nageaient des détritus gangréneux. L'enquête a démontré d'une façon péremptoire que tout soupçon de tentative criminelle devait être écarté.

Observation n° 39. — Pour la deuxième pièce (**planche X**) les renseignements donnés à son sujet par le docteur Socquet sont les suivants : Femme L..., 27 ans, mariée, deux enfants, décédée le 23 septembre 1901, autopsiée le 27 septembre.

Utérus et ses annexes pèsent 280 grammes. Dimensions de l'utérus, de l'orifice externe au fond : 13 cm. Hauteur du col 35 mm. Largeur de l'utérus mesurée d'une trompe à l'autre, 10 cm.

Intégrité absolue des muqueuses vaginales, vésicales, rectales, culs-de sac vaginaux indemnes, col de l'utérus perméable à son orifice externe mais n'admettant que l'extrémité de la pulpe du doigt ; l'orifice était linéaire, transversal, indemne de toute espèce de lésion.

La face externe de l'utérus, saine sur ses deux faces antérieure et postérieure, présentait au niveau de son fond une large perforation de 6 cm. 1/2 de diamètre s'étendant de l'insertion de la corne gauche à une petite distance de l'insertion de la trompe droite.

Une incision verticale, pratiquée sur la ligne médiane de la face antérieure de l'utérus, allant de l'orifice du col au fond de l'utérus, permet de constater que les

parois internes ont leur épaisseur normale sur les faces antérieure et postérieure. La muqueuse absolument lisse n'est le siège d'aucune altération.

La cavité de l'organe était absolument vide, et ne contenait ni caillots, ni débris placentaires.

Au niveau de la perforation du fond, la paroi est presque entièrement détruite et réduite, au pourtour de l'orifice, à la séreuse seule, qui présente un aspect noirâtre. Indépendamment de la perforation principale, il existe deux petites perforations dans le voisinage, ainsi qu'il a été facile de le constater en faisant passer sur place un courant d'eau du col vers le fond de l'utérus.

Cette perforation a toutes les apparences d'une perforation consécutive à la chute d'escharre dans un utérus gangréné. Il s'agit, vraisemblablement d'une infection interne sur l'origine de laquelle il nous est impossible de préciser : infection consécutive à un avortement de 3 à 4 mois ayant déterminé la gangrène du fond de l'utérus avec perte de substances et péritonite septique ayant entraîné la mort.

Observation n° 40. — Pour la troisième pièce, le docteur Thoinot la présente ainsi : cet utérus se distingue par la petite dimension de la perforation dont les bords sont nettement gangrénés de dedans en dehors, formant un entonnoir dont le grand orifice est sur la muqueuse. L'utérus était friable, les doigts, en l'enlevant s'y enfonçaient et creusaient une dépression. La péritonite était très marquée, du liquide sanieux emplissait la cavité péritonéale. De quelle origine est cette gangrène utérine ? L'enquête n'est pas encore faite

mais je ne serais pas étonné qu'elle fût autre chose qu'une gangrène spontanée.

Résumant les opinions et les observations de ses deux confrères, le docteur Maygrier lors de sa communication à la Société de Médecine légale a déclaré : les pièces présentées par nos collègues et sur lesquelles j'ai été appelé à donner mon avis soulèvent un problème médico-légal fort important.

Il s'agit de trois utérus puerpéraux dont le fond présente une perforation gangréneuse, le reste de l'organe étant parfaitement sain.

Dans le premier cas, la perte de substance est énorme, et intéresse tout le fond de l'utérus.

Dans le deuxième cas l'orifice gangréneux est un peu moins étendu, mais très large encore ; une partie de la séreuse subsiste criblée d'orifices et recouvre comme d'un pont flottant les deux tiers environ de la perforation.

Dans le troisième cas enfin, la gangrène est limitée à une surface de 3 cm. : en ce point il existe une perforation dont la forme est, comme vous l'a dit le docteur Thoinot, celle d'un entonnoir, le bas répondant à la muqueuse, et le sommet linéaire à la séreuse.

Dans les trois cas, il y avait eu fausse couche de 3 à 4 mois faite quelques jours avant la mort ; les femmes avaient succombé à une péritonite septique constatée à l'autopsie et consécutive de la lésion de l'utérus. Or, le décès pouvait-il être imputé à des manœuvres abortives, telle était la question posée par le juge d'instruction : d'après l'examen des lésions et malgré la loca-

lisation au fond de l'utérus où portent habituellement les traumatismes criminels, il était impossible d'admettre qu'un instrument quelconque eût pu déterminer une aussi large solution de continuité ; au moins pour les deux premiers cas ; en ce qui concerne le troisième la chose était beaucoup plus douteuse.

On pouvait toutefois supposer qu'un corps étranger introduit dans un but abortif avait, par un simple contact septique ou même en ayant entamé la paroi utérine, infecté cette paroi ; et que, tout autour de la lésion primitive, il s'était fait un foyer gangréneux ; mais il resterait malgré tout très difficile de comprendre que la gangrène ait pu s'étendre à tout le fond de l'organe comme dans les deux premières observations, sans rester localisée au niveau du point traumatisé, ainsi que cela a été dans le cas n° 3.

Or, chez la première de ces femmes, il résulte de l'enquête que tout soupçon de manœuvres abortives doit être absolument écarté ; il y a donc eu dans ce cas gangrène spontanée.

Ce sont justement ces faits de gangrène spontanée possible, qui rendent très difficile l'interprétation des faits de ce genre. C'est qu'en effet la gangrène est une forme d'infection puerpérale qu'il ne faut pas perdre de vue.

M. Maygrier rappelle alors le travail de Beckmann et les déclarations de M. Picqué à la Société de chirurgie, et il ajoute :

« Mais si les cas de Beckmann ne concernent que des femmes infectées après un accouchement prématuré ou

non, tout dernièrement Franqué vient de rapporter un fait où la gangrène s'est produite à la suite d'un *avortement spontané*. Il est donc avéré que l'infection puerpérale consécutive à un accouchement ou un avortement peut se traduire sur la paroi utérine avec ou sans perforation de l'organe ».

M. Maygrier conclut alors que l'on devra se montrer très réservé dans ses conclusions dans de pareils cas.

Observation n° 41 (*Résumée*). — Varnier (*Compte rendu de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie,* séance du 12 mai 1902).

Partie clinique : il y a quelques années, dans une maternité, je trouvais un matin à la consultation une ouvrière de 20 ans amenée d'urgence par un médecin et semblant à l'agonie. Faiblesse extrême anhélante, ictérique ; cette femme paraissait en proie à une profonde terreur. Facies grippé franchement péritonéal ; les nausées étaient incessantes et depuis son entrée, elle avait eu deux vomissements bilieux dont le dernier tirant sur le vert. Température 38,8 ; pouls filant à 120 ; 36 respirations par minute.

L'abdomen non ballonné, plat est surtout à l'hypogastre, sur la ligne médiane, juste au-dessus de la symphise et au niveau des fosses iliaques, le siège de vives douleurs qu'exacerbe la moindre pression, si bien que, malgré la minceur de la paroi abdominale, il est impossible de se rendre compte par le palper du volume et de la situation de l'utérus sur lequel la patiente appelle

l'attention, se disant enceinte de 2 mois et en cours de fausse-couche depuis 3 jours.

Voici ce que raconte la malade : Accouchée une première fois à terme, l'année précédente, d'un garçon actuellement vivant, ses règles se sont suspendues en mai dernier. Tourmentée depuis 1 mois par des vomissements qui l'affaiblissaient énormément, elle aurait été prise le 4 juillet (84 jours après la fin des règles), il y a trois jours, à la suite d'une chute, de douleurs utérines peu intenses suivies d'un léger écoulement sanguin par la vulve.

Le 5 juillet, les vomissements persistant, les douleurs utérines auraient cessé, mais la perte se serait produite ; liquide rosé teinté de sang.

Le 6 juillet, dans l'après-midi, douleurs expulsives rappelant celles de l'accouchement avec irradiation lombaire ; et deux caillots chacun du volume d'une noix, non examinés, non conservés, auraient été perdus ; après quoi un peu de sang liquide aurait continué à s'écouler.

Le 7 juillet, violents frissons avec céphalalgie intense, vomissements alimentaires, débâcle diarrhéique. Douleurs abdominales continues, avec un maximum hypogastrique. C'est alors qu'elle se serait décidée à faire appeler le médecin qui, à 8 heures du matin, vient de nous l'envoyer d'urgence.

Le toucher combiné au palper, me permet de constater que les culs-de-sac sont libres et que l'utérus, augmenté de volume, est en antéflexion normale. Au niveau

du fond sur la ligne médiane, la pression de la main détermine le maximum de douleur.

Le diagnostic porté par l'auteur est celui d'une péritonite chez une femme n'ayant pas eu ses règles depuis deux mois et la cause déterminante serait pour l'auteur un traumatisme.

Interrogée dans ce sens, la femme commence par nier. Entre temps la malade (pendant qu'on la sonde et voyant qu'on lui retire du sang très noir de la vessie) effrayée de ce nouveau symptôme, raconte ceci : les douleurs utérines et l'écoulement sanguin du 4 juillet seraient venus à la suite de manœuvres abortives faites par elle-même (???) Dans l'après-midi, elle se serait introduit dans l'utérus, à trois reprises, une sonde en caoutchouc rouge percée d'un œil à son extrémité et munie d'un mandrin en métal du volume d'un fil de fer ordinaire vu par elle le matin et acheté à la devanture d'un herboriste. Ce n'est qu'à la troisième tentative que du sang se serait écoulé. La nuit suivante elle aurait eu une mixtion de couleur noire, mais n'y aurait pas attaché d'importance, l'attribuant au mélange des pertes avec l'urine.

Le professeur Pinard voit la malade et confirme le diagnostic.

Le rendez-vous est pris pour l'après-midi avec MM. Gosset et Hartmann pour une laparotomie.

Laparotomie pratiquée le 7 juillet en présence de MM. Varnier et Hartmann, opérateur Gosset, aide Guillemin.

Incision médiane sous-ombilicale étendue de l'ombilic

au pubis ; après ouverture du péritoine les anses intestinales se présentent entre les lèvres de la plaie ; elles sont vascularisées, distendues et agglutinées par de la sérosité légèrement rouge (septicémie).

La malade placée dans la position inclinée, les anses intestinales refoulées vers le diaphragme, on aperçoit facilement la cavité pelvienne. Le cul-de-sac de Douglas est rempli de sérosités louches sans odeur. Sur la paroi antérieure de l'utérus, près du fond, s'étale une plaque vineuse, large comme une pièce de 5 francs et au niveau de laquelle le tissu utérin est ramolli. Il n'y a pas de perforation évidente dans l'aire de cette zone ecchymotique, ni dans son voisinage ; seulement un point suspect, non loin duquel on plante malheureusement une pince de Museux. On décide d'enlever l'utérus par l'hystérectomie subtotale. Section de l'utérus au ras de l'insertion vaginale. L'exploration de la vessie par l'abdomen ne révèle aucune lésion. Drainage du cul-de-sac de Douglas. Injection intraveineuse de sérum artificiel. Le pouls se relève un peu. A 7 heures du soir le pouls est filiforme, les extrémités froides, mort dans le collapsus à minuit.

Partie anatomique. — Autopsie 32 heures après la mort. La vessie contenait du sang noir, mais on ne peut y déceler le moindre traumatisme ; il semble bien que le sang vienne d'ailleurs que des parois vésicales et que l'hématurie était d'origine rénale, car les reins présentent une congestion liée à la septicémie.

Péricarde : sérosité hémorragique.

Rate, foie, poumons, sont putréfiés.

Le vagin et ce qui reste de l'utérus ne présentent pas de trace de violence, ni même d'éraillure ; s'il y a eu cathétérisme de l'utérus il s'est fait sans tâtonnement et sans à-coups. Sur le col et le vagin, ni ecchymose, ni piqûre, ni déchirure.

Au reste l'autopsie prouve ce qu'avait laissé soupçonner la biopsie, que c'est le corps de l'utérus qui a été le point de départ des accidents. Par quel mécanisme ?

Y a-t-il eu perforation de l'utérus, ou bien la péritonite s'est-elle développée autour d'un utérus non perforé mais septique par rétention de débris ?

La perforation ne saute pas aux yeux :

1° A l'ouverture du péritoine ce n'est pas un épanchement sanguinolent, mais de la sérosité louche ;

2° *In situ*, on voit bien sur la paroi antérieure de l'utérus, près du fond, une plaque de coloration, mais pas de perforation ;

3° A la coupe, on s'aperçoit que la plaque vineuse sous-péritonéale correspond à une loge de rétention où pourrissent les restes de l'œuf expulsé.

C'est sur la coupe médiane ou saggitale que cette correspondance se voit le mieux (**planche XI**).

La cavité utérine est formée de bas en haut par un canal cylindrique de *25 cm.* (*sic*) de long dont les parois sont tapissées d'une muqueuse épaisse ; ce boyau cylindrique aboutit à un rétrécissement annulaire et quasi-filiforme au-dessus duquel le fond de la cavité s'évase en une cavité piriforme ayant 2 cm. de profondeur sur 2 cm. de largeur.

C'est dans cette loge fondale, dans cette arrière-boutique que se trouvent retenus et en voie de putréfaction des fragments de l'œuf expulsé de la grosseur d'une petite noix. La coupe permet de constater que l'enchatonnement s'est produit au cours de la délivrance post-

Planche XI.

abortive et aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus sur laquelle l'œuf était greffé. De bas en haut de la cavité utérine, la paroi postérieure est plane et mesure partout la même épaisseur, 15 à 20 mm. Il en est encore ainsi au fond, mais par une transition rapide,

l'épaisseur du muscle utérin tombe de 10 mm. au fond à 3 mm. du niveau du diamètre maximum de la loge de rétention pour reprendre non moins brusquement une épaisseur de 20 mm. au chaton cause du rétrécissement.

Sur les différentes coupes, il est impossible de reconnaître le moindre vestige d'une perforation mettant ou ayant mis cette loge en communication directe avec le péritoine.

Partie histologique. — Particularités que présentent à distance de l'arrière-boutique la muqueuse utérine, la paroi musculaire, les vaisseaux, le péritoine :

1° La muqueuse : Elle a sur toute l'étendue de la paroi les caractères d'une caduque pariétale complète épaisse de 6 mm. pour la couche compacte et de 3 mm. pour la couche glandulaire. Les culs-de sac ectasiés de cette couche profonde à revêtement cylindro-cubique régulier sont les uns libres, les autres remplis de sang, d'autres remplis de leucocytes conglomérés.

Entre les culs-de-sac glandulaires, le tissu conjonctif de la muqueuse est fait de petites cellules fusiformes, banales, ne présentant pas les caractères de la cellule déciduale accomplie.

Les artérioles sont normales, les veines thrombosées. Des suffusions sanguines, des amas de leucocytes infiltrent et disloquent cette couche spongieuse, surtout dans sa partie superficielle sous-compacte. La couche compacte a les caractères de celle d'une pariétale jeune, elle ne présente pas d'infiltrations leucocytaires normales.

2° Paroi musculaire : Les faisceaux ne présentent rien de particulier, le tissu conjonctif interfasciculaire est un peu œdémateux et infiltré de leucocytes nombreux disséminés ou réunis en amas formant de petits abcès miliaires.

Artères normales ; la conjonctive externe est infiltrée de leucocytes. Les veines, au contraire, ont presque toutes leurs cavités béantes occupées par des thrombus presque toujours adhérents à une partie de la paroi, plus rarement à la totalité.

Particularités que présentent au niveau de l'arrière-boutique la musculeuse, les vaisseaux et la muqueuse :

1° Paroi musculaire beaucoup plus mince que partout ailleurs. Son minimum qui correspond au fond de l'arrière-boutique, au centre de la zone vineuse décrite sur l'utérus, est de 3 mm. De là elle augmente progressivement vers le fond de l'utérus. A la loupe, cette paroi est comme spongieuse, aspect qu'elle doit à un grand nombre de vacuoles allongées parallèlement à la surface et dont la lumière varie de 2 à 3 mm. Ce sont de grosses veines béantes, les unes vides, les autres pleines de globules rouges, un grand nombre occupées par des thrombus adhérents bourrés de leucocytes.

2° La muqueuse : Au fond du diverticule est une saillie conique de 2 mm., dont la base est large de 4 mm., constituée par des cellules déciduales au milieu desquelles on voit des blocs fibrineux irréguliers et quelques villosités en voie de régression.

Particularités que présente le fond externe de l'utérus :

On trouve un lambeau flottant de muscles utérins ; c'est une déchirure traumatique sans infiltration sanguine qui correspond à la prise de la pince de Museux. En avant, une petite solution de continuité qui se prolonge avec un épanchement sanguin ancien, déjà infiltré de leucocytes, siégeant dans la partie la plus externe du muscle utérin. Elle correspond bien au point du fond où l'on avait à l'examen de l'utérus *in situ* soupçonné que pourrait siéger une perforation. Mais sur aucune des coupes on ne retrouve le trait d'union entre cette lésion de l'écorce et un point quelconque de la cavité utérine.

De telle sorte que, après l'examen histologique, comme après l'examen macroscopique, l'existence d'une perforation, à l'origine de la péritonite, reste non démontrée, contestable, et que la réaction péritonéale, septique, rentre dans la catégorie des péritonites vulgaires survenant après avortement.

Sans l'aveu de la patiente, l'examen anatomique n'apportait aucune preuve à l'avortement provoqué.

L'auteur discute ensuite sur la possibilité des manœuvres faites par la femme elle-même.

Observation n° 42. — Mauclaire (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1903, t. LIX, p. 123).

Accouchement à terme (?) 4 semaines après rupture spontanée (?) de la paroi postérieure de l'utérus un peu au-dessous de l'isthme. Pelvi-péritonite suppurée. Amputation supra-vaginale. Guérison.

Mlle M..., âgée de 31 ans, vient à la consultation de gynécologie du service de M. le professeur Le Dentu ; ses réponses sont embarrassées ; elle aurait accouché le 12 juillet et l'enfant serait mort 2 heures après. Avant cette réponse définitive, elle avait raconté que cet accouchement remontait à 5 mois.

Dès les jours qui suivirent cet accouchement, elle perdit énormément de matières sanguinolentes et de pus.

Aujourd'hui 9 août, elle se tient courbée en deux tellement elle souffre de l'abdomen ; celui-ci est peu ballonné mais très sensible. On est frappé de l'abondance de la suppuration qui s'écoule de la vulve. L'utérus est gros, douloureux, sensible. Le col est très dilaté. Les annexes sont très facilement perceptibles au toucher et douloureuses. Pas de fièvre. Pendant 24 heures, repos et injections. L'abondance de l'écoulement est tel que le 12 août un curetage est décidé pensant à de la rétention placentaire. Le 13 au matin, M. Vinsonneau, interne du service, explore avec le doigt la cavité utérine avant de la dilater. Il sent très manifestement une perforation postérieure de l'utérus à l'union du col et de l'isthme ; aucune manœuvre opératoire n'est pratiquée. Le soir même la température monte à 38° ; le facies est grippé, le ventre un peu ballonné.

Appelé à examiner la malade, M. Mauclaire décide la laparatomie. Elle est faite avec l'aide de M. Vinsonneau vers 5 heures du soir. L'abdomen ouvert, on tombe sur un foyer de pelvi-péritonite de tout le petit bassin. Les

anses intestinales sont rouges, recouvertes de quelques fausses membranes purulentes. Il y a de la sérosité louche dans tout le pelvis.

En explorant la face postérieure de l'utérus assez volumineux et mou, M. Mauclaire met le doigt dans une ouverture qui communique avec la cavité du col utérin ; cette ouverture est assez irrégulière.

Amputation supra-vaginale de l'utérus et ablation des deux annexes qui sont assez volumineuses et très congestionnées. Un drain passe par la cavité du col laissé en place, il sort en bas par le vagin, et en haut au-dessus du pubis. Tamponnement total du pelvis, c'est-à-dire qu'un tamponnement occupe le cul-de-sac de Douglas et deux autres latéraux remplissent les parties latérales du pelvis pour que les anses intestinales grêles ne descendent plus momentanément dans le petit bassin infecté.

Injection de sérum physiologique — Ce tamponnement total est enlevé 36 heures après.

Température le 13 : 37,5 le matin ; 38 le soir.

Température le 14 : 38 le matin ; 38,2 le soir.

Température le 15 : 37,8 le matin ; 38,8 le soir.

Par le drain il sort de nombreux débris et matières purulentes. Lavage par le drain avec de l'eau oxygénée. La température descend tous les jours suivants à la normale. Guérison.

Examen de l'utérus par M. Macé. — L'utérus est infiltré dans toute son épaisseur de cellules embryonnaires petites, qui dissèquent les faisceaux musculaires et sont très nettement perçues comme des travées paral-

lèles à ces faisceaux. Par places, on voit des amas de cellules embryonnaires qui sont l'amorce d'abcès intramusculaires multiples, transformant l'utérus en éponge purulente. Les vaisseaux sont très épaissis comme dans tout utérus puerpéral. Ils ne contiennent pas de coagula, ils ne sont pas sensiblement enveloppés d'une gaine de cellules embryonnaires, qui sont plutôt localisées dans les espaces lymphatiques interfasciculaires. La fibre musculaire n'est pas dégénérée. Le protoplasma et le noyau prennent bien les colorants. Il s'agit donc d'une infiltration inflammatoire au début sans désagrégation des cellules embryonnaires, sans formation appréciable de pus.

D'après cet examen histologique, M. Mauclaire se demande s'il ne s'agit pas d'un abcès interstitiel ou d'une plaque de sphacèle de gangrène utérine ayant par son évolution déterminé une solution de continuité de la paroi utérine.

Observation n° 43. — Mauclaire, *loco citato*, p. 123 et suivantes.

Utérus perpuéral perforé. Métro et pelvi-péritonite suppurée. Amputation supra-vaginale tardive et drainage péritonéo-multiple. Tamponnement. Mort.

Femme de 20 ans, entre le 30 novembre 1902 à 8 heures du soir à l'hôpital Bichat dans le service de M. Picqué.

Cette malade avait eu le mois précédent un retard de règles.

Il y a 8 jours, elle s'est fait « soigner » en ville, mais depuis elle a des pertes sanguines très abondantes avec ballonnement du ventre et vomissements.

Actuellement, on note tous les signes d'une septicémie très avancée : ballonnement généralisé de l'abdomen qui est très sensible, même dans la région épigastrique ; vomissements porracés, léger refroidissement des extrémités, pouls très petit, dyspnée, soif très vive, subdélire.

Malgré l'état très grave de la malade, M. Mauclaire fait immédiatement la laparatomie. Le ventre ouvert, il s'écoule un liquide louche très fétide, au point que l'on croit un instant à l'existence de matières fécales dans le péritoine. Les anses intestinales sont recouvertes de pus, de fausses membranes purulentes, verdâtres. L'utérus est gros comme un fort poing d'adulte. Au niveau de son fond, empiétant un peu sur la face antérieure, on voit une perforation à bords assez réguliers, allongée dans le sens antéro-postérieur, par laquelle sortent des débris infects venus de la cavité utérine.

Amputation supra-vaginale de l'utérus infecté. Ablation d'une tumeur ovarienne droite grosse comme le poing. Ablation des annexes gauches, drainage multiple de la cavité abdominale : drainage abdomino-vaginal passant par la cavité du col et le vagin.

Tamponnement total du pelvis avec des mèches à la Mickulicz, de telle sorte que les anses intestinales grêles ne peuvent plus descendre dans le pelvis.

Après l'opération, la malade s'affaisse de plus en plus et succombe 6 heures après l'intervention. L'apparition

un peu tardive des accidents, l'aspect gangréneux de l'utérus dans la région de la perforation, font penser à une eschare tardive, perforante, provoquée probablement par une tentative d'avortement faite plutôt avec un liquide caustique qu'avec un instrument rigide.

Examen. — L'utérus est volumineux et très mou, c'est une véritable éponge de pus. La perforation empiète sur la face antérieure et sur le fond ; elle est allongée dans le sens entéro-postérieur. Plaque de sphacèle, au pourtour. Débris fongueux placentaires dans la cavité utérine (Dessin n° XII).

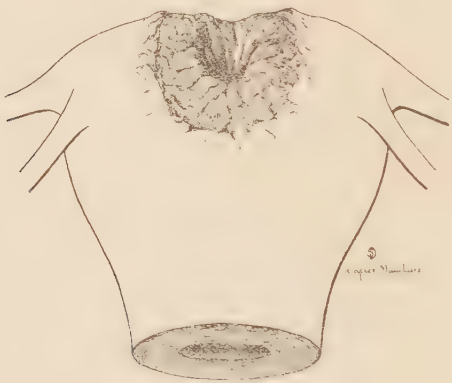


Planche XII.

Dans une présentation à la Société d'obstétrique de Paris, M. Mauclaire pense qu'il s'agit plutôt chez cette malade d'une injection de liquide caustique dans l'utérus que d'une lésion instrumentale. « Ou s'agit-il d'une perforation traumatique avec formation gangréneuse autour de la paroi ? ».

« La perforation siège en résumé au sommet d'une

poche de désorganisation sphacélique intéressant toute la paroi intérieure à ce niveau. Elle est bordée à droite et à gauche par une coque formée par le péritoine et une très légère couche musculaire et se continue sans interruption avec la cavité utérine qui paraissait ne rien contenir ».

Au cours de la discussion qui suivit, M. le professeur Budin se demande si la perforation est le résultat immédiat de la curette, ou secondairement d'un abcès, dû à la pénétration de l'instrument dans l'épaisseur des tissus pulmonaires.

M. Porak en l'absence du résultat des coupes histologiques se demande si l'utérus est bien gravide ou s'il est pathologique. M. Maygrier qui examine la pièce déclare l'interprétation médico-légale très difficile et il admet plutôt une gangrène utérine perforante sans préjuger de la cause de cette gangrène.

Observation n° 44. — Polak (*Brooklyn Medical Journal*, 1903, vol. 17, p. 376).

La pièce que l'auteur présente, vient d'une femme qui s'est soumise à des manœuvres directes abortives. Ces manœuvres ont eu lieu à plusieurs reprises, et dans la dernière séance la sage-femme lui aurait donné une injection intra-utérine d'une solution d'acide phénique.

La sage-femme effrayée de ne plus voir ressortir le liquide, fait appeler un médecin qui constate une énorme tumeur qui s'est développée sur le côté gauche. Cette tumeur se résorbe peu à peu. Pendant trois semaines,

écoulement de sang. On décide un curetage, mais dès l'introduction de l'instrument on s'aperçoit qu'il disparaît jusqu'au manche. Malgré un consciencieux nettoyage fait à la suite de la constatation sous chloroforme de la déchirure du fond, la malade meurt.

Malheureusement, l'auteur, au sujet de l'autopsie, ajoute : Je vous montre la pièce ; mais ne la décris pas.

Observation n° 45. — Foisy (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, octobre 1903, t. V, 6e série, p. 734).

Marie B... 35 ans, entre à Beaujon le 17 juillet 1903 avec des pertes sanguines et des douleurs abdominales.

Elle expulse à 4 heures du matin un fœtus de 3 mois, vers 10 heures du matin, à la visite de M. Grosse, on constate un ictère léger avec du refroidissement et de la cyanose des extrémités, la respiration est dypnéique.

Température 36°3, pouls 120.

Langue saburrale, pas de vomissements. Le ventre est ballonné, dur, avec défense musculaire surtout à droite.

La malade se plaint de douleurs abdominales diffuses et se défend énergiquement de s'être prêtée à des manœuvres abortives.

Vers 11 heures du matin, on demande l'avis de MM. Ribemont-Dessaignes et Bazy ; les douleurs et la défense musculaire étant plus marquées à droite, sans rejeter absolument le diagnostic de perforation utérine qui avait été fait primitivement, ils se demandent s'il ne

s'agit pas d'une appendicite, et ils conseillent d'intervenir.

A 2 heures du soir, l'ictère est très marqué, les extrémités froides et cyanosées, le pouls est misérable, la dyspnée s'accentue ; on injecte un litre de sérum.

Opération : Incision de Jalaguier ; un liquide brunâtre s'échappe de l'abdomen. Les anses intestinales sont rouges et dépolies, on recherche le cæcum, l'appendice présente quelques dépôts fibrineux à la surface mais il est sain. On explore alors l'utérus, on voit qu'il est violacé et perforé près de la corne utérine gauche. L'incision latérale est agrandie, on saisit l'utérus, on voit que le ligament large est très infiltré de sang et qu'il est en partie rompu.

L'hystérectomie abdominale subtotale est faite sans trop de difficultés ; malgré les inhalations d'oxygène, et des injections de sérum, de caféine, l'ictère s'accentue et la malade meurt à 2 heures du matin.

Examen de la pièce : Le fond de l'utérus présente au voisinage de la corne utérine une saillie violacée. La paroi musculaire est amincie, dissociée et laisse sourdre un liquide brunâtre lorsqu'on comprime l'utérus.

Le ligament large gauche est infiltré de sang et séparé en partie de l'utérus au-dessous de l'insertion de la trompe et du ligament rond.

Les annexes sont également violacées et il y a une infiltration sanguine qui remonte assez haut sous le péritoine postérieur du bassin.

Sur une coupe médiane on voit le placenta contenu dans la cavité utérine.

Au niveau de la corne utérine gauche, il existe entre la paroi très amincie et distendue et le placenta une assez vaste cavité pleine de sérosités brunâtres.

Cette observation nous a semblé intéressante :

1° par sa symptomatologie, simulant une appendicite qui n'existait pas ;

2° par le problème étiologique qui se pose ; s'agit-il, en effet, d'une perforation utérine par manœuvres abortives ou par gangrène de la paroi ?

Observation n° 46 — Maleef (*Péritonite abortive par perforation de l'utérus. Infection. Mort. Autopsie.* thèse de Lyon, 1904, p. 44).

B... Marie, entrée à la première infirmerie le 9 septembre 1904.

Age : 21 ans.

Parents vivants bien portants

Bonne santé habituelle ; cependant la malade aurait été l'an dernier à Sainte-Madeleine en traitement, pour une annexite, probablement.

Menstruations : réglée à 13 ans. Régulièrement. Durée 5 à 6 jours.

Grossesse antérieure : une à 18 ans (1902), normale. Accouchement normal. Enfant vivant.

Grossesse actuelle : Dernières règles le 26 juin. Depuis, la malade n'a rien vu. La grossesse suit son cours ? Phénomènes sympathiques. Vomissements abondants.

Le 6 septembre, elle est allée trouver une faiseuse d'anges qui, sans précautions aseptiques, sans soins

d'aucune sorte, lui fait une injection (Pas d'autres détails. Cependant la malade raconte que l'instrument ayant servi à faire l'injection était pointu). Après cette injection, glaires abondants. Menaces de syncope. Frissons. C'est à peine si la malade peut descendre de chez la matrone. Arrivée chez elle la fausse couche se produit le soir même. Elle a vu nettement le fœtus au milieu des caillots, dit la malade. Pas de douleurs au moment de la fausse couche, mais la nuit douleurs dans tout le ventre. Depuis, la malade continue à souffrir et à perdre un peu.

Elle entre à la Maternité le 9 septembre, on lui fait un lavage utérin qui ramène des débris placentaires.

Le 10 septembre, le ventre est ballonné, tendu, douloureux. Vomissements bilieux et diarrhée profuse. Léger subictère aux conjonctives. Anesthésie et délivrance, pas de débris, curetage digital, écouvillonnage. Injection iodée prolongée. Les jours suivants on fait des injections intra-utérines au sérum artificiel. Des abcès de fixation ne réussissent pas malgré deux tentatives. La malade meurt le 26.

Autopsie. — Faite 24 heures après la mort.

L'abdomen est distendu par les gaz. Il est énorme et sonore. A l'ouverture de la cavité péritonéale, les anses intestinales paraissent dilatées (la séreuse péritonéale a perdu son poli habituel), elles sont adhérentes. Des languettes fibrineuses les unissent les unes aux autres et avec le péritoine pariétal. Cette péritonite plastique est disséminée sur toute la hauteur de l'intestin. Pas de liquide dans la grande cavité. On décolle les anses

intestinales jusqu'en bas. Au moment où l'on arrive dans le petit bassin on doit rompre des adhérences solides et l'on tombe dans une cavité pleine de pus, qui, en un instant inonde la cavité entière. Le pus est épongé et on constate que la poche purulente siège vers la face antérieure de l'utérus, entre lui et la vessie. Elle est fermée en haut par les anses grêles soudées. On continue à décoller le péritoine et l'intestin en le réclinant en haut. On trouve encore deux poches purulentes sous-péritonéales à la région lombaire, et quelques taches d'importance moindre dans les flancs entre les anses. Celles-ci étant réclinées, on isole les organes génitaux. Ligature du rectum. On enlève avec lui toutes les *anses intestinales*.

En examinant d'avant en arrière les organes du bassin, on trouve la vessie qui est normale et qui n'a pas subie de traumatisme Puis, entre la vessie et l'utérus on remarque que le péritoine, formant le cul-de-sac rétro-vésical, s'est épaissi. Il formait là le fond de la poche purulente anté-utérine que nous avons décrit tout à l'heure. En continuant notre examen, nous voyons que la face antérieure de l'utérus contribuait jusqu'à la partie moyenne à former la paroi postérieure de cet abcès. La partie supérieure de la face antérieure de l'utérus est normale.

Au niveau du fond utérin on note une déchirure située plutôt à gauche, partant de la corne gauche et dépassant à droite la ligne médiane. La déchirure est profonde à bords noirâtres, anfractueux, putréfiée. Cette déchirure explorée conduit à une perforation qui se dirige oblique-

ment dans la cavité utérine. L'orifice de la perforation laisse passer le pulpe de l'index. En continuant l'exploration on trouve derrière le dôme utérin des adhérences unissant le péritoine de la face postérieure au péritoine de la face antérieure du caecum ; si bien que le Douglas est comblé par cette soudure des deux feuillets. Ces adhérences sont peu solides, sont rompues jusqu'en bas du cul-de-sac où l'on trouve une quatrième collection peu importante du volume d'une noix. On ne trouve pas dans le fond du cul-de-sac le trou du traumatisme.

Observation n° 47. — Morlet (Thèse de Paris 1905) et Picqué (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1904, p. 824).

Le 2 août 1904, après-midi, entre à l'hôpital Bichat R... 23 ans, pour rétention placentaire post-abortum remontent à 8 jours. Le 24 juillet 1904, cette femme enceinte de 2 mois 1/2 environ (dernières règles du 1er au 4 mai) serait tombée sur le côté gauche ; à la suite de cet accident elle éprouve des douleurs dans le ventre et le surlendemain 26 juillet a une perte rouge et expulse un embryon.

Depuis lors, hémorragies répétées assez abondantes pour lesquelles elle se décidait à consulter une sage-femme et un médecin,

Le médecin la voit le premier août et lui conseille d'aller à l'hôpital, mais la femme ne s'y fait transporter que le 2.

A son arrivée elle est très pâle, son pouls est rapide, très faible, la température est de 37,5. Elle perd encore en rouge et le vagin est encombré de caillots.

Injection hypodermique d'éther, de caféine et d'huile camphrée. Après savonnage et lavage vulvaire et vaginal, on constate que la presque totalité du placenta est dans le vagin, une petite portion seulement restant au-dessus de l'orifice interne du col utérin.

Sous anesthésie, la main droite est introduite dans le vagin, *l'index s'insinue dans l'utérus* au-dessus du placenta qui est extrait ; il a la largeur d'une paume de la main ; il dégage une odeur extrêmement fétide.

Vérification au doigt de la cavité utérine. — L'extrémité de l'index pénètre alors dans un orifice, qui lui permet d'arriver au contact de la main qui contient le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale, aussi pensons-nous que le fond de l'utérus est perforé ; mais n'ayant introduit au travers de l'orifice, que nous venions de découvrir que l'extrémité de la dernière phalange de l'index, nous pensons, que peut-être le revêtement péritonéal de l'utérus a été seulement soulevé et n'est pas perforé. C'est pourquoi, après avoir fait une nouvelle injection vaginale, nous nous munissons d'une longue canule intra-utérine pour nous en servir comme d'un Catheter : *nous l'introduisons dans l'utérus* son extrémité va buter dans le fond de l'organe, qu'un instant nous ne croyons pas perforé, mais, en abaissant la canule sur la fourchette, nous éprouvons un ressaut très net et la canule s'enfonce profondément dans l'abdomen (nous percevons par le palper son extrémité au-

dessus de l'ombilic) ne nous laissant plus aucun doute sur la réalité de la perforation.

Sérum sous-cutané. Glace sur le ventre. Le pouls devient plus fort et bat à 75, l'après-midi ; ni vomissements ni nausées.

Dans la soirée, M. Picqué vient voir la malade, le pouls est assez fort il est à 70, la température est à 38,7.

Le ventre n'est pas ballonné, il n'existe qu'une légère contracture des muscles droits.

M. Picqué décide l'intervention : laparatomie médiane, sous-ombilicale. Constatation d'une plaie linéaire verticale d'une longueur de près de 2 travers de doigt occupant la face antérieure du corps de l'utérus sur la ligne médiane. Cette plaie utérine est obstruée par un caillot adhérant un peu à l'épiploon et aux anses intestinales, très peu de sang dans le cul-de-sac vésico-utérin, annexes absolument saines.

M. Picqué pratique l'hystérectomie subtotale avec ablation des annexes, curetage de la cavité cervicale et cautérisation de cette cavité au thermocautère de Mickulicz, dans le cul-de-sac de Douglas et sur le moignon du col une mèche. Suture incomplète de la paroi abdominale.

Le lendemain de l'opération, la température est à 37,9, elle monte progressivement les 2 jours suivants pour atteindre le troisième jour au soir 39, 2; elle descend ensuite le lendemain à 38,5, pour y rester pendant 4 jours.

Neuf jours après l'opération la température est de 37.

La malade sort guérie, 28 jours après l'opération.

Examen de l'utérus par MM. Mortier et Beauvy. — 1° Des coupes pratiquées au niveau même de la perforation montrent que la perforation est bordée par une zone qui ne dépasse pas un centimètre d'étendue où l'on distingue deux parties.

A. Une bordant immédiatement la perforation : portion nécrosée contenant des bactéries filamenteuses et des amas de cocci situés au milieu d'un stroma où l'on reconnaît encore la structure de l'utérus ; mais où aucun élément ne se colore : zone de nécrose.

B. Une partie immédiatement contiguë à la précédente où les fibres musculaires sont nécrosés ; les vaisseaux se colorent encore, quelques-uns renferment des polynucléaires, le tissu conjonctif est infiltré de quelques polynucléaires : zone de réaction.

C. Immédiatement en dehors de cette zone de réaction, qu'au point de vue valeur du tissu nous pouvons appeler zone intermédiaire, des coupes montrent un tissu utérin normal.

Remarque.— La nécrose assez profonde des éléments anatomiques de la zone qui borde les lèvres de la perforation permet de dire que la perforation utérine devait dater de quelques jours.

2° Les coupes portant sur un fragment de l'utérus prélevé sur la paroi opposée à la perforation montrent un tissu utérin normal.

Observation n° 48. — Morlet, Thèse Paris 1905 page 60

S... Blanche, 17 ans. Entre à l'hôpital Bichat le 5 janvier 1905, ayant fait quatre jours avant une fausse couche de 2 mois 1/2 environ, d'après la date de ses dernières règles (21 oct. 1904).

De son utérus dont le col reste entr'ouvert s'écoule un liquide grisâtre, sanieux, répandant une odeur fétide, température : 37 le matin et 37,5 le soir.

L'écoulement persistant malgré les *injections intra-utérines* il lui est fait le 17 janvier par un externe du service un *curetage* qui ne ramène pas de débris placentaires. Ecouvillonnage avec glycérine créosotée, injections intra-utérines au permanganate.

A aucun moment, il n'a été remarqué quelque chose d'anormal pouvant faire supposer une perforation utérine.

Le lendemain 18 janvier, température 36,1 pouls très faible et très rapide : 130. La malade n'a eu ni vomissements ni nausées : son ventre n'est nullement douloureux.

Mort le 18 janvier à midi 1/4 un peu plus de 24 heures après le curetage.

Autopsie. — Aucun signe objectif de péritonite.

Examen de l'utérus en place, on remarque à la face postérieure du col un peu à gauche de la ligne médiane, une ecchymose sous-péritonéale qui fait penser que peut-être l'utérus a été perforé en ce point.

Ablation de l'utérus en entier avec les annexes. On remarque alors une autre ecchymose à la face antérieure de l'isthme utérin un peu à gauche de la ligne médiane ce qui laisse à penser que l'utérus a été perforé également en ce point.

Ouverture de l'utérus par sa face antérieure : en ayant soin de passer en dehors de l'ecchymose qui est sur la face antérieure.

La cavité du col ne présente aucune trace d'effraction de la muqueuse répondant à l'ecchymose sous-péritonéale remarquée à la face postérieure du col. Mais une anfractuosité très nette cratériforme est notée au niveau de l'ecchymose remarquée à la face antérieure : un stylet mousse est introduit dans cette anfractuosité et vient soulever le tissu cellulaire péri-utérin démontrant la réalité une perforation utérine au niveau de l'ecchymose remarquée extérieurement.

Examen de l'utérus par MM. Mortier et Beauvy ;

1° Coupe en séries au niveau de la perforation faite perpendiculairement à sa direction : une coupe faite au voisinage de la muqueuse utérine montre l'existence de trois zones :

1° Une première zone constituant les bords mêmes de la perforation et formée par de la fibrine infiltrée de leucocytes polynucléaires où tous les éléments sont nécrosés.

2° Une deuxième zone immédiatement contiguë à la précédente, où le tissu est fortement infiltré de leucocytes polynucléaires.

3° Une troisième zone de tissu utérin, qui est parse-

mée de place en place d'amas de leucocytes polynucléaires.

Thrombose vasculaire leucocytique. En un point le contenu d'un vaisseau thrombosé et nécrosé est entouré d'une zone de réaction (abcès miliaire vraisemblablement phlébitique).

Les coupes en série faites de la muqueuse vers l'extérieur de l'utérus décèlent la forme de la perforation. D'abord unique elle se bifurque ensuite.

Sur ces coupes, les bords de la perforation conservent les mêmes caractères c'est-à-dire une réaction inflammatoire, polynucléaire et une nécrose des fibres musculaires voisines.

Le tissu utérin présente en somme des lésions diffuses de lymphangite et de phlébite.

Sur les coupes portant sur le fond de l'utérus on remarque une atteinte encore plus profonde de l'organe et particulièrement de nombreux abcès miliaires endo et péri-vasculaires.

En réalité il s'agit là d'un utérus à parois très infectées ce qui permet d'expliquer la mort en quelques heures par septicémie péritonéale suraiguë.

Observation n° 49. — Bumm-Liepmann (*In Schmidlechner Archives für Gynec.* 1906, Bd 78, H. 3, p. 525).

On reçoit à la clinique une femme enceinte de deux mois qui perdait de la température et qui (de son propre aveu) pour ramener ses règles, qu'elle n'avait plus depuis deux mois (ce dont elle était contrariée) s'était

introduit une aiguille à tricoter dans le vagin. A la suite de quoi elle éprouva de grandes douleurs.

On fit un toucher et on trouve un restant d'œuf. On curette, on nettoie avec une solution alcoolique à 50 0/0.

La température continue néanmoins. Le quatorzième jour dans le col utérin on trouve un morceau de paroi nécrosée de la grosseur d'un petit poing, on l'enlève avec une pince.

L'examen consécutif fait avec une sonde montre bien qu'il y a perforation utérine. L'état s'aggrave, les fèces s'évacuant même par le vagin et, 23 jours après son avortement, la malade meurt de péritonite et de pneumonie.

Autopsie confirme le diagnostic (*Sic*).

Tableau synthétique des observations

I. — AVORTEMENTS

Les manœuvres ont été avouées dans les observations de			Les man. n'ont pas été avouées.			Malgré l'abs. d'aveux, les auteurs ont considéré ces avortements comme criminels en raison d'indices ou de rens. certains.			Les auteurs ont admis les manœuvres mais ont fait des réserves sur la possibilité d'une gangrène spontanée.			Des man. thérapeutiques ont eu lieu après l'avort.		
Dance.....	Obs. n°	7	Gallard	Obs. n°	10	Tardieu....	Obs. n°	14	Thoinot....	Obs. n°	4	Brion	Obs, n°	26
Thoinot ...	»	1	Fredet.....	»	11	Maschka ...	»	17	Socquet ...	»	6	Lucas	»	32
» ...	»	2	Tourdes ...	»	12	» ...	»	18	Strassmann	»	30	Morlet.....	»	48
Lapointe...	»	3	Lucas.....	»	33	» ...	»	19	Socquet ...	»	39			
Ribemont..	»	5	Mauclaire..	»	42	Winter	»	20	Thoinot....	»	40			
Smith.....	»	8	Foisy.....	»	45	Lesser.....	»	21						
Tacheron ..	»	9	Morlet.....	»	47	Veit	»	22						
Tardieu....	»	13				Richardière	»	23						
Bryan	»	15				.....	»	24						
Coutagnes .	»	16				Weston....	»	27						
Lacassagne	»	25				Biggs.....	»	28						
Strassmann	»	31				Dreising...	»	29						
Hoffmann..	»	34				Brouardel .	»	36						
Rebreyend.	»	35				» .	»	37						
Varnier....	»	41				Mauclaire..	»	43						
Polak.....	»	44												
Maleef.....	»	46												
Bumm.....	»	49												

Une seule observation de perforation gangréneuse de l'utérus a été décrite comme perforation spontanée : N° 38.

CHAPITRE SIXIÈME

OBSERVATIONS

D'ACCOUCHEMENTS OU ON A TROUVÉ DES PERFORATIONS UTÉRINES GANGRÉNEUSES

Observation n° 50. — Thomas Graham. A case of mortification of the uterus (*Medical Chirurgical Transaction*, 1814-1815, vol. de 1819, n° 6, p. 601).

Femme de 37 ans qui, en été 1812, a été atteinte d'une légère paralysie de la langue et du bras droit.

Graham est appelé en automne 1814 et la malade se plaint que, enceinte de 6 mois, elle est très gênée par le poids de son enfant et ne peut marcher. La graisse est très abondante.

Au début du septième mois Graham est rappelé car les eaux se rompent, mais il n'y a pas de douleurs ; après la rupture des membranes, le liquide s'échappe avec tant d'abondance que Graham déclare n'en avoir jamais vu autant.

Présentation du siège.

La femme meurt le jour même, le fœtus vit 3 jours.

Autopsie le lendemain : Putréfaction très avancée.

Tout est normal sauf l'utérus qui n'est nullement rétracté, de couleur livide et foncée avec un certain nombre de plaques de gangrène. Quelques-unes pénètrent toute l'épaisseur de la substance utérine. D'autres sont moins avancées dans leur travail d'érosion. L'auteur en donne comme causes :

1° La trop grande quantité de liquide agissant par pression sur les parois ;

2° Le mauvais état général de la malade.

Observation n° 51. — Husson (*Bulletin de la Société d'anatomie de Paris*, 1836, tome II, page 35).

L'auteur présente l'utérus d'une femme accouchée seule de deux jumeaux à 6 mois 1/2 de gestation.

Le premier placenta est sorti sans difficulté, mais l'extraction du second a exigé l'*introduction de la main.*

On reconnaît alors une cavité accidentelle où le placenta est enchatonné et où l'on peut faire pénétrer deux doigts.

Hémorragie abondante. Il reste du placenta qui est expulsé naturellement au quatrième jour. Dix-huit heures après, péritonite intense à laquelle la malade succombe le neuvième jour après son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Pus dans les replis du péritoine, la fin de l'intestin grêle est adhérente à la partie supérieure et droite du fond de l'utérus. Entre les deux organes se trouve un foyer de matières sanieuses et fétides. L'intestin n'est

pas perforé, mais l'utérus a une ouverture de 10 lignes de diamètre à bords irréguliers, ramollis et d'un gris noirâtre. Cette ouverture fait communiquer le foyer avec la cavité de l'organe.

La portion droite de l'utérus est plus volumineuse que la gauche.

M. Cruveilhier voit là un ramollissement gangréneux. La veine ovarique droite a le volume du petit doigt et contient des caillots qui présentent de petits points blanchâtres semblables à du pus.

Observation n° 52. — Ed. A. Kirby (*Medical Times and Gazette 1854*, p. 466).

G. S... une respectable jeune femme mariée, 24 ans, d'habitudes régulières et de bonne santé apparente, primipare fut prise des douleurs du travail dans la matinée du 3 octobre.

L'auteur la voit à 7 heures du matin et on lui dit que la poche des eaux s'est rompue à 11 heures du soir.

Elle se plaignait de douleurs constantes et violentes. Le pouls est plein, rapide, le facies anxieux. En plaçant la main sur l'utérus, on le trouve en état de forte contraction. Au toucher on trouve une dilatation d'un florin, les bords du col sont durs, épais, cartilagineux ; si l'on introduit le doigt dans le col à chaque contraction il semble comme saisi dans un sphincter. La tête s'engage en OIG ; la dilatation continue à se faire. L'expulsion a lieu normalement sans forceps et sans aucun symptôme anormal. Le cordon est sectionné et passant son doigt

le long de ce cordon, l'auteur constate que le placenta est encore adhérent. Une heure se passe avec, de dix en dix minutes, des contractions régulières et des douleurs assez fortes mais toujours sans expulsion du placenta.

Craignant une adhérence partielle, l'auteur veut pratiquer la délivrance artificielle, mais il est impossible de pénétrer dans le col qui s'est refermé. On donne de l'opium et l'on attend. Il n'y a pas d'hémorragies. A une heure 1/2 de l'après-midi, la malade éprouve des nausées, elle vomit et paraît très déprimée. Le facies est pâle, anxieux, la pupille dilatée. On donne alors des stimulants. On envoie chercher le docteur Davis. Pendant 4 heures on fait tout ce qui est possible pour obtenir la délivrance. L'utérus pendant ce temps se contractait et il n'y avait pas d'hémorragie.

Le 4 octobre, la malade est somnolente et les téguments sont froids.

Le 5, soif ardente et douleurs autour de l'utérus, l'abdomen est tendu, l'anesthésie est le symptôme le plus caractéristique. Le 6, aggravation de l'état général.

Le 7, la malade semble être mieux, le 8 des vomissements violents apparaissent, soudainement.

Le 9, la malade meurt.

Autopsie : Elle a été faite en présence du docteur Hall Davis et de Jenner.

Léger épanchement dans la cavité péritonéale, la trompe et les intestins sont tout à fait adhérents. Il y a à peu près 6 onces de sang dans le cul-de-sac de Douglas. Sur le fond de l'utérus, il y avait deux trous circu-

laires de la taille d'un shilling, qui avaient pénétré la paroi très amincie de l'utérus intéressant d'un côté le péritoine et d'autre part la muqueuse. La cavité utérine et en particulier le pourtour du trou montrait une inflammation extensive mais qui avait grandement intéressé l'ouverture.

Observations de l'auteur : Il faut remarquer que : 1° Trois mois avant l'accouchement la jeune femme fit une chute assez sérieuse dans laquelle elle fut très meurtrie ; 2° *Le drainage* (*sic*) de la maison est très mauvais, on y sent des odeurs extrêmement désagréables. Peut-être les fibres du péritoine ou les fibres musculaires de l'utérus ont-elles été très lésées par la chute, et cette lésion avait été augmentée pendant le travail, mais la gangrène serait la conséquence de la chute précédente.

Observation n° 53. — Pingault (*Bulletin de la Société Médicale de Poitiers,* t. III, p. 24).

Le 18 décembre 1857, l'auteur est appelé pour un cas d'accouchement dystocique qui avait nécessité des manœuvres sans succès et pour lequel, aidé des avis de deux confrères, il pratique l'opération Césarienne. (L'auteur raconte tout au long son intervention).

A ce moment, l'utérus ne s'est pas présenté avec son aspect ordinaire. Sa face antérieure était couverte de bosselures comme si l'intestin grêle y fut fixé par des adhérences ; les bosselures blanchâtres et violacées étaient de grosseurs variables, 2 avaient plus du volume d'un œuf ; elles ressemblaient aux ampoules produites

par une brûlure étendue, mais elles étaient formées par le péritoine soulevé et détaché du tissu propre de l'utérus : en les ouvrant il s'est écoulé un liquide sanieux, brunâtre, mêlé à des gaz fétides qui s'échappaient en bulles. Au-dessous le tissu de l'utérus s'est montré ramolli avec une teinte violacée et verdâtre.

Un fœtus mort est extrait, l'utérus revient sur lui-même mais sa plaie reste toujours béante parce que sa contraction en raison de sa partie gangrénée n'a pu exister dans tous ses points. En dehors du cercle limité par la gangrène, il a été facile de reconnaître les parties saines de l'utérus. On constatait la consistance et la couleur normale du tissu qui n'était pas envahi par la gangrène.

Extraction du placenta par les voies naturelles. La malade meurt 24 heures après son opération.

« Il était impossible qu'elle survécut à une gangrène de l'utérus et de toute la partie du péritoine qui recouvrait la face antérieure de cet organe. Cette gangrène a été le résultat des manœuvres employées longtemps inutilement et inhabilement pour essayer de terminer l'accouchement. C'est un fait incontestable. L'auteur insiste ensuite sur la nécessité de connaître l'art des accouchements et de faire des versions très tôt dans les présentations de l'épaule. Il insiste particulièrement sur les différents symptômes de gangrène mais ajoute que dans ce cas rien n'attestait la gangrène avant la césarienne ; donc l'utérus a un mode de vitalité un peu isolé si bien qu'après la mort de la mère, l'enfant peut vivre plusieurs heures dans son sein ». La preuve de la gan-

grène était faite par : la couleur violacée et verdâtre du tissu de la paroi antérieure de l'utérus, contrastant avec les autres parties saines de cet organe, la portion violacée du péritoine qui la recouvrait, la sérosité brunâtre qui remplissait ses bosselures formées par le péritoine soulevé et détaché de cette paroi de l'utérus.

Observation n° 54. — Hervieux (*Traité clinique et pratique des maladies puerpérales suites de couche*, Paris, 1870, Observation 18).

Hémorragie consécutive à l'accouchement, ictère grave, péritonite de l'hypocondre droit et gangrène de l'utérus constatée à l'autopsie.

Femme de 21 ans, entre à la maternité le 25 juin 1865, enceinte de 6 mois 1/2. Elle a déjà eu deux enfants, le premier venu à terme est mort à 19 jours, le second à terme mais accouché au forceps ne vécut que quelques heures. La mère est petite ; *le bassin très rétréci*. Accouchement et délivrance normaux, le 24 juillet. Lors de la délivrance il s'échappe 460 grammes de sang. Une hémorragie qui suit est rebelle aux massages et au seigle ergoté. La malade perd au moins un litre de sang. Pouls petit, pâleur, pas de défaillances cependant, ni de syncope. Bientôt, l'ictère apparaît, puis des nausées, en même temps que des contractions utérines provoquées par le seigle ergoté. Les lèvres deviennent violacées, le soir la peau est brûlante, le pouls est à 160, la malade a un frisson de 20 minutes.

Le 25 juillet l'ictère est plus accentué. Il y a de la

prostration, des nausées avec soif intense. La nuit nouveau frisson, douleurs abdominales. Les lochies sont d'une extrême fétidité.

Le 26 juillet l'ictère est de plus en plus marqué, l'urine est colorée ; les lochies augmentent en abondance et en fétidité, le ventre est ballonné et très douloureux à la palpation.

Autopsie : Pas de putréfaction. Il n'y a pas d'épanchement pleural, mais quelques adhérences pulmonaires ; le cœur est petit, les orifices sont normaux. L'estomac et l'intestin sont très distendus par les gaz. Epanchements séro-purulents assez abondants dans le petit bassin. Le foie est couvert d'une légère couche blanchâtre de nature pseudo-membraneuse, il est petit, vert olive avec des points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle, la rate est normale. Le rein gauche est congestionné ; le rein droit est anémique.

L'utérus dépasse de 2 à 3 centimètres la symphyse du pubis, il n'y a aucune adhérence avec les parois du bassin. La surface extérieure présente au niveau du fond une tache ovale blanchâtre dont l'étendue est égale à celle d'une pièce de 5 francs en argent. A la partie postérieure se voient deux taches de la même étendue, l'une à droite est à bords irréguliers. Toutes les taches sont formées par une matière pulpeuse sans consistance et ne présentant pas la moindre trace d'organisation. La dernière tache a cédé sous le doigt.

Elles sont entourées d'un tissu rouge indiquant la séparation entre le mort et le vif. La surface interne

après la coupe est tapissée d'une masse grisâtre très fétide.

L'altération gangréneuse occupe toute l'épaisseur de la paroi.

Les annexes sont indemnes.

Il s'agit d'une gangrène localisée de l'utérus.

Observation n° 55. — Grammatikati (*Centralblatt fur Gyn*, 1885, t. IX, p. 436).

Dans ce cas il s'agit d'une primipare, de bassin normal, qui fut apportée à la clinique alors qu'elle avait des douleurs depuis déjà 24 heures, elle présentait en outre des signes évidents d'endométrite post-partum. L'accouchement se termina par l'*application du forceps sur la tête au détroit supérieur* (enfant vivant). L'hémorragie consécutive obligea à pratiquer la délivrance artificielle.

Voilà les remarques qu'on fit pendant les suites de couches.

Les premiers jours, l'involution de l'utérus est insuffisante. Le troisième jour on trouve au toucher des points gangrénés, des lochies fétides et une grande sensibilité du fond de l'utérus. Au sixième jour apparaissent les signes de péritonite.

Après une injection intra-utérine de sublimé il y eut une légère atténuation de symptômes. Au huitième jour la péritonite augmente et, au douzième jour, mort avec tous les signes d'une septicémie.

L'autopsie montra tous les signes d'une infection très

marquée dans la région de l'utérus. L'utérus est large de 9 cm., sa hauteur est de 15 cm., l'épaisseur de ses parois est de 3 cm. A la paroi antérieure de l'utérus, près du fond, une portion de la paroi haute de 8 cm., large de 8 cm., est amincie, molle, d'une coloration bleue ardoisée, avec des sinus veineux béants. Cette partie altérée correspond à l'insertion du placenta. Le reste de la paroi utérine a gardé sa consistance dure. La face interne est irrégulière et d'une couleur jaunâtre. La partie malade est séparée du reste de la paroi dans toute l'épaisseur par une zone jaune plus foncée.

La séreuse qui entoure l'utérus est dépolie en plusieurs points et recouverte d'un exsudat fibrineux blanchâtre, dans le cul-de-sac péritonéal on trouve du liquide trouble.

En possession d'une semblable pièce je pouvais reprendre toute la question de la métrite dissécante, je pouvais non seulement reconnaître macroscopiquement le fragment gangréné mais examiner sa structure. Les coupes faites par le microtome furent colorées tantôt par l'éosine-hématoxiline, tantôt par le carmin. Dans d'autres cas, pour rechercher l'existence des microbes, elles furent colorées suivant la méthode de Gramm, avec du violet de gentiane ; les préparations furent examinées suivant le système ordinaire de Hortnach et avec l'objectif à immersion dans l'huile.

Une étude soignée de nombreuses préparations a fait voir ce qui suit : au niveau de la surface d'insertion du placenta siège du maximum des lésions, la méthode ci-dessus montre la forme ordinaire de la dégénéres-

cence graisseuse du tissu musculaire avec dans le tissu conjonctif des globules huileux entremêlés à de petites masses granuleuses.

Dans ce tissu conjonctif la recherche la plus soignée n'a pu faire découvrir de globules de pus. Les parties malades sont séparées du tissu sain par une démarcation très nette.

Dans les masses qui emplissent les vaisseaux sanguins et les lymphatiques, on trouve des bactéries spiroïdes (spirilles) de petites dimensions.

Ces mêmes bactéries au niveau de l'insertion placentaire, forment de véritables amas dans les vaisseaux. Dans les parties saines on ne trouve aucune bactérie, mais le liquide de la cavité utérine a donné à la culture des colonies de bactéries semblables.

La ressemblance de ces bactéries avec celles qu'on observe d'ordinaire dans les gangrènes de la muqueuse utérine me force à faire rentrer dans le grand groupe des nécroses le processus que je viens d'étudier.

Et il semble que cette prescription ne permette pas de conserver le titre de métrite dissécante et que d'après le processus il faut donner le nom de gangrène partielle de l'utérus post-partum.

Observation n° 56. — Dobbert, *in St.-Pétersburger Medicin.* Woschenschrift, 1890, 27 Nf. n° 23, juin p. 203.

M. J. 24 ans, primipare, l'accouchement qui fut normal a été fait par une sage-femme le 18 mars.

Le 21, frissons, douleurs abdominales, tympanisme, sensibilité très marquée, on fait un lavage intra-utérin ; du liquide presque fécaloïde s'écoule par le vagin.

Le 3 avril, mort.

Autopsie : sur la partie antérieure de l'utérus on trouve une ouverture presque circulaire de 5 cm. de diamètre. Au milieu de l'orifice on trouve libre un morceau de la paroi utérine, très décoloré, mais où il est néanmoins facile de reconnaître les faces séreuses et muqueuses, l'utérus est mou et peu rétracté.

Observation n° 57. — Budin, *in Getten : des Injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées* ; Thèse, Paris, 1890-1891.

Chez une femme de 30 ans, à la suite de rétention placentaire une sage-femme de garde fait une injection intra-utérine de sublimé au 1/6000 le 20 février. La femme ressentit à ce moment une très violente douleur. Le 21 le Docteur Budin diagnostica une perforation utérine, la sage-femme n'ayant sans doute pas assez relevé l'utérus ; il y a de la diarrhée.

Le 23 et le 24 légère ascite on sent à travers les culs-de-sac de petits grumeaux qu'on attribue à de la pelvi-péritonéite.

Le 6 mars, l'état s'aggravant, on retire du liquide purulent par une ponction sus-pubienne. Le 10 mars, laparotomie avec nettoyage des culs-de-sac. Décès le 13.

Autopsie le 15 mars.

Tous les organes abdominaux sont recouverts de fausses membranes épaisses, on trouve du liquide très fétide entre les intestins qui adhèrent entre eux, épanchement purulent enkysté dans le Douglas. L'utérus n'a pas achevé son involution, il mesure 11 cm. de hauteur sur 7 cm. de largeur, sur sa face postérieure on voit un orifice déchiqueté, large de 2 mm. (*sic*) situé à 3 mm. (*sic*) du fond du cul-de-sac de Douglas. Il devient évident que l'utérus a été perforé par la sonde, en ouvrant l'utérus on voit sur la paroi postérieure un autre orifice situé au fond d'une dépression infundibuliforme, une sonde cannelée poussée doucement par cet orifice traverse la paroi et ressort sur la face postérieure par le trou plus haut mentionné. On se rend compte aussi que le trajet est oblique de bas en haut et d'avant en arrière. L'orifice de penétration siège au-dessous d'un épaississement circulaire de la paroi utérine, vestige de l'anneau de Bandl, on voit par là que le bec de la sonde poussé directement en arrière à travers la cavité cervicale, a butté dans l'angle que forme le segment inférieur avec le corps. Il n'y a pas de débris de membranes.

Observation n° 58. — Beckmann, *in Zeitschrift für Geburtshulfe und Gyn.*, 1900, vol. 42, p. 422. Observation 4 (24 du tableau général).

M... N... 23 ans primipare ; à cause d'une endométrite *sub partu on appliqua un forceps* pour aider la sortie du bassin mais après l'accouchement la fièvre et l'écou-

lement constatés auparavant ne s'améliorent pas. Dès la troisième semaine on perçoit dans le canal cervical un morceau de chair pas encore détaché complètement, mais qui peu de temps après tomba de lui-même.

La malade meurt 4 semaines après l'accouchement.

Autopsie :

Sur l'utérus on remarque 2 trous dans la paroi utérine, on y passe facilement un doigt. L'un est en avant et un peu à droite, l'autre au niveau du fond à sa partie postérieure. Autour de ce trou les anses intestinales sont adhérentes en sorte que la cavité utérine ne communique pas à proprement parler avec la cavité péritonéale, d'ailleurs le péritoine est partout lisse et on ne note aucune autre lésion. L'anatomo-pathologiste chargé de l'autopsie nia la péritonite.

Dans le parenchyme droit on note des infiltrations suppurées diffuses.

Observation n° 59. — Beckmann (*Loco citato*, observation 10, n° 38 du tableau général).

X... 18 ans, secundipare. L'accouchement a commencé le 3 octobre par la rupture de la poche des eaux, le 6 octobre on *applique un forceps*, trois jours après apparaissent les douleurs abdominales, le ventre est mou peu sensible. Le fond de l'utérus remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Une secrétion brune foncée presque noire s'échappe par le col qui est largement ouvert et peut admettre 2 doigts. On peut sentir dans la cavité de l'utérus une perforation. On fait le diagnostic de métrite dissécante.

Pouls 116, température 39,6.

18 octobre, douleurs dans le petit bassin et les cuisses.

20 octobre, l'utérus ne fait pas du tout son involution. Les secrétions putrides augmentent considérablement et quand on appuie sur l'utérus il s'échappe un véritable flot. Le col est toujours perméable.

Le 3 novembre, le facies se tire, devient péritonéal, des vomissements apparaissent en même temps que les douleurs abdominales redoublent.

Le 5 novembre au matin, il sort des organes génitaux un gros morceau de forme triangulaire, c'est un fragment de paroi utérine nécrosée avec de nombreuses ouvertures de vaisseaux en forme de petites cavernes. La pièce a un aspect spongieux.

La malade meurt le 30 novembre.

Autopsie le 1er décembre (Privatdocent Docteur M...) dégénérescence du parenchyme du cœur. Pleurésie aiguë, sérofibrineuse.

Caséification du poumon droit.

Hypertrophie de la rate.

Dégénérescence de la muqueuse du foie et du rein.

Péritonite purulente avec adhérences.

Pelvi-péritonite fétide.

Endométrite et métrite perforante.

Salpingite et ovarite putulentes.

La paroi postérieure de l'utérus est adhérente au gros intestin surtout à gauche, et il est impossible de les séparer.

Le ligament large droit adhère au caecum. Sur le

plancher du bassin, on trouve une ulcération sur le péritoine qui est perforé ; par cet orifice on arrive dans le tissu cellulaire du bassin et dans la cavité utérine ; l'utérus porte une longue perforation au niveau de sa paroi latérale gauche. Ce canal et les bords de la perforation utérine sont recouverts d'un liquide grisâtre sale et suppurent.

L'utérus mesure 10 cm. de hauteur et 7 cm. de largeur au niveau du fond.

La paroi antérieure mesure 1 cm 23 d'épaisseur, la paroi postérieure n'a que 1/2 cm. le canal cervical est dilaté.

A la coupe, la surface interne de l'utérus apparaît de couleur gris noirâtre, ardoisée. Elle est recouverte d'un liquide gris et d'aspect purulent. La perforation est large d'au moins deux travers de doigt.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'un processus de nécrose.

Observation n° 60. — Fieux et Lafond (Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux, juin 1902).

Une femme accouche à terme spontanément et facilement d'un enfant vivant ; mais la délivrance tardant à se faire, la sage-femme qui l'assiste administra de l'ergot de seigle ; puis elle tire sur le cordon qui se rompt ; hémorragie ; les jours suivants quelques fragments placentaires s'éliminent ou sont retirés ; le 7e jour, en pré-

sence d'accidents infectieux qui l'inquiètent, la sage-femme fait appeler un médecin.

Celui-ci après quelques *vaines tentatives de délivrance artificielle* et constatant l'infection grave de la femme, la fait transporter à l'hôpital où elle arrive huit jours après son accouchement. Le visage est terreux, le pouls petit et très rapide. Température 39°5. Toute la région de l'hypogastre est douloureuse. Par le vagin s'écoule un liquide brunâtre excessivement fétide.

M. Lafond après dilatation digitale de quelques minutes, réussit à *faire la délivrance artificielle* : il extrait sans grosse difficulté la masse placentaire retenue et putréfiée.

Puis il fit un *curetage* à la curette mousse en bague de Lefour et termina par une irrigation intra-utérine au formol.

L'introduction de la sonde ne présenta aucune difficulté, elle se fit sans effort, sans rien présenter de particulier ; mais au moment où le liquide fut injecté, le visage de la femme devint plus pâle et la malade présenta un peu d'excitation en même temps que le pouls devenait imperceptible.

La possibilité d'une effraction utérine traverse alors l'esprit de M. Lafond qui arrêta l'irrigation et laissa la malade après avoir introduit une mèche de gaze stérilisée dans la cavité utérine.

Peu après le pouls se relève, l'état général semble s'améliorer, mais la malade succombe 14 ou 15 heures après l'intervention.

Autopsie : à l'ouverture du ventre s'écoule une certaine quantité de liquide rosé, qui est peut-être du liquide de l'injection, car le mélange du sang a empêché l'analyse chimique de se prononcer sur la présence du formol. Le fond de l'utérus remonte à 6 centimètres au-dessus du pubis, la face antérieure de l'organe est anteversion accusée.

L'utérus porte sur sa face postérieure un peu au-dessus des limites supérieures du segment inférieur une *petite fissure rouge, allongée verticalement et mesurant 6 millimètres.*

Après avoir ouvert l'utérus par sa face antérieure on découvre dans sa cavité en arrière sur la ligne médiane et à la hauteur de la limite supérieure du segment inférieur, une petite boutonnière à lèvres transversales de 7 millimètres de longueur.

Puis en incisant la paroi de l'organe entre ces deux orifices d'entrée et de sortie, on met à jour sur toute sa longueur le trajet de la perforation qui est obliquement ascendant de l'intérieur vers l'extérieur. L'instrument poussé dans la cavité cervicale a abordé la paroi postérieure au niveau de la limite supérieure du segment inférieur, et est ressorti à 3 centimètres plus haut en plein corps utérin.

Il a effectué dans l'épaisseur du muscle utérin un long trajet de 18 millimètres. Il est flagrant d'après les pièces que dans cet utérus en antecoudure l'instrument perforant, après avoir parcouru la cavité cervicale, a continué à cheminer dans l'axe du col au lieu de basculer pour pénétrer suivant l'axe du corps.

Examen par M. Sabrazès de coupes totales de la paroi au voisinage de la perforation.

Sur le bord de la perforation on remarque :

1° Une diapédèse leucocytaire assez notable avec leucocytes polynucléés.

2° Tuméfaction trouble des fibres musculaires dont les contours sont peu distincts et dont le protoplasma se colore d'une façon particulière. Sur les préparations (hématéine éosine) ces fibres présentent une coloration violacée, tandis que les fibres saines sont franchement roses. Le noyau est peu ou même pas coloré.

3° Des îlots diffus de désintégration granuleuse très limitée.

4° Enfin dans certains points du bord de la perforation, on remarque quelques anfractuosités renfermant en grande abondance des leucocytes polynucléés ; c'est en somme du tissu de bourgeon charnu, mais sans vaisseaux néoformés.

En résumé : nécrose cellulaire et inflammation ; mais il est à remarquer que toutes ces modifications sont exclusivement limitées à la bordure de la perforation et ne pénètrent qu'à une profondeur de 9 millimètres. Elles ne diffusent nullement. Tout le reste du tissu utérin est absolument normal. Aussi les modifications relatées ci-dessus sont, non point la cause, mais bien la conséquence de la perforation utérine.

Tableau synthétique des observations

II. — ACCOUCHEMENTS

MANŒUVRES INTRA UTÉRINES			PAS DE MANŒUVRES
Extractions manuelles ou curettages.	Forceps ou tentative de forceps.	Injection intra-utérine.	
Obs. n° 51 Husson. 52 Kirby. 60 Fieux	Obs. n° 53 Pingault. 55 Grammatikati 58 Beckmann. 59 »	Obs. n° 56 Dobbert. 57 Getten.	Obs. n° 50 Graham. 54 Hervieux.

CHAPITRE SEPTIÈME

ÉTIOLOGIE et PATHOGÉNIE

La lecture des 60 observations que nous avons rapportées nous semblait à un moment, si persuasives, que nous avions presque pensé ne pas écrire ce dernier chapitre d'étiologie et de pathogénie pour ne pas allonger ce mémoire, par une discussion médico-légale.

Cependant, décidé à jeter le plus de clarté possible dans l'interprétation des faits que nous rapportons, nous allons d'abord donner les résultats auxquels nous sommes parvenus. Nous allons successivement, pour ces deux chapitres, discuter les observations dont les conclusions nous ont semblé douteuses et chercher à les effacer de la catégorie où on les a rangées pour les faire entrer dans celle où elles doivent prendre place : celle des perforations gangréneuses dont l'origine siège dans une manœuvre intra-utérine quelconque.

M. Maygrier, comme nous le verrons plus loin, a comparé les perforations gangréneuses

post-abortum aux perforations *post-partum*. Nous avons voulu, nous aussi, le suivre dans cette voie et nous avons publié dans la deuxième partie de nos observations un certain nombre de cas de perforations gangréneuses *post-partum*.

Sur ces 11 observations que nous avons reproduites, il en est 7 que nous avons trouvées de droite et de gauche dans nos lectures et 4 que nous avons puisées dans Beckmann.

On pourrait s'étonner que sur les 40 observations de Beckmann nous n'ayons pu en glaner qu'un si petit nombre.

Or, sur ces 40 cas, il y en a 29 qui se sont terminés par la guérison et parmi les 11 qui ont été suivis de mort, il n'y en a que 7 seulement où il y ait eu des perforations.

Et encore sur ces 7 observations constatées à l'autopsie, nous avons été obligé d'éliminer :

1° Une de Garrigues, cas sur lequel Beckmann ne donne aucun détail. S'agit-il d'un avortement, d'un accouchement prématuré ? Nous ne le savons. Et cependant cette observation confirmait encore notre opinion, puisque la mort presque subite suivit une injection intra-utérine qui détermina la perforation.

2° Une de Worobjoft : l'accouchement a eu lieu dans la rue, à 7 mois, sous quelles influences ? Et cependant encore dans ce cas de *gan-*

grena uteri perforans il y avait là une injection intra-utérine et extraction à la pince d'un morceau nécrosé.

3° Un cas personnel de Beckmann où il y eut aussi une injection intra-utérine mais les résultats de l'autopsie ne nous semblent pas assez cadrer avec les autres. Ne s'agirait-il pas d'un abcès de l'utérus ? C'est notre avis.

Dans les quatre observations que nous avons conservées de Beckmann et qu'on trouvera au nombre de celles reproduites, deux lui sont personnelles (n° 58 et n° 59) et dans ces deux cas il y eut forceps, donc manœuvre intra-utérine.

Dans les deux autres :

1° Celle de Dobbert (observation n° 56) s'il y eut à la vérité accouchement normal, on fit néanmoins une injection intra-utérine et la perforation gangréneuse fut trouvée sur la face antérieure de l'utérus c'est-à-dire au lieu d'élection même des perforations résultant des injections intra-utérines.

Celle de Gramatikati (observation n° 55), il y eut forceps, et forceps au détroit supérieur !!

En résumé, à propos de Beckmann dans toutes les observations même celles que nous avons éliminées où à l'autopsie on a trouvé des perforations gangréneuses ; il y avait eu des manœuvres intra-utérines.

Et dans les 7 autres observations que nous reproduisons, il y eut : *deux fois extraction manuelle du placenta ou curetage* pour rétention ou différentes manœuvres d'extraction non suivies de succès dans un cas où l'on se trouvait en face d'un utérus pathologique.

Deux fois forceps ou tentative de forceps.

Une fois injection intra-utérine (Getten, observation 57) avec perforation presque certaine par cet instrument.

Une fois il s'agissait (1814) d'un hydramnios tellement considérable (chez une femme ayant une histoire pathologique assez chargée) que l'accouchement eut lieu au septième mois et que l'auteur déclara n'avoir jamais assisté à une pareille débâcle d'eaux (plus de 10 pintes). La distension si considérable de l'utérus ne suffit-elle pas à expliquer la lésion ?

Il nous reste un dernier cas (observ. n° 54) où, nous l'avouons, il n'y eut aucune manœuvre, mais il s'agissait d'un accouchement dans un bassin rétréci ayant nécessité à la couche précédente un forceps.

Nous ne voulons nous servir comme argument de traumatisme, des massages, qui suivirent la délivrance pour lutter contre l'hémorragie abondante (1.000 grammes). Mais, cependant cette hémorragie si considérable, dans un cas de

délivrance spontanée, n'indiquerait-elle pas qu'il y a pu avoir de petites ruptures du muscle utérin pendant le travail ?

De plus, la présence de trois taches gangréneuses ne montrerait-elle pas qu'il s'agit plutôt de phénomènes de compression du muscle utérin écrasé entre les parois fœtales d'une part et les parois osseuses du bassin rétréci d'autre part.

Dans les 49 observations inédites ou déjà publiées dans lesquelles nous avons trouvé à la suite d'avortements, des perforations gangréneuses de l'utérus, il en est 33 où soit qu'il s'agisse d'aveux recueillis de la bouche même des malades, soit qu'il s'agisse d'indices particuliers ou de renseignements certains, il a été conclu d'une façon ferme à des manœuvres abortives.

Dans 7 cas, les auteurs sont restés dans le vague et ont posé la question plutôt que de la résoudre.

Dans 5 cas qui sont dus à des médecins légistes, ces derniers (hommes prudents !) ont af-

1. Nous avons reproduit l'observation de Varnier (Observation n° 38) bien qu'en réalité cet auteur conclut à un enchatonnement du placenta comme cause de la nécrose locale de l'utérus bien plus qu'à la perforation par manœuvres avouées cependant. Il nous a semblé que cette observation était utile à notre mémoire et pouvait y rentrer facilement : en effet, ses résultats histologiques sont bien comparables aux nôtres.

firmé les manœuvres intra-utérines mais sans écarter de leurs conclusions la possibilité d'une gangrène spontanée.

Dans 3 observations, il y a eu des manœuvres intra-utérines au cours du traitement et par ce fait même nous pourrions les faire rentrer dans notre première catégorie.

Enfin, dans un cas seulement on a admis que la perforation gangréneuse était spontanée.

Nous n'avons pas l'intention de prendre une à une pour les discuter ces 12 observations.

Nous ne pouvons rien ajouter aux conclusions de leurs auteurs qui, dans la plupart des cas si elles ne sont pas plus affirmatives c'est que, seuls les aveux manquent.

Et cela ne doit pas nous étonner. Les aveux sont rares, plus rares même à l'hôpital qu'en ville comme le fait remarquer Blondel. A l'hôpital la malheureuse victime semble croire qu'elle est moins protégée par le secret professionnel ; et aussi combien peu de médecins sentant ces aveux pénibles cherchent à les provoquer, voulant presque les ignorer ?

On est frappé, lorsque, comme nous l'avons fait, on a lu pas mal d'observations d'avortement, de voir le luxe d'excuses et de causes décrites par ces malades pour expliquer leur avortement; ces

explications mensongères et compliquées nous les retrouvons dans ces 12 observations :

Cette malade raconte qu'elle s'est tapée sur une grosse clef (Obs. n° 33).

Cette autre plus ingénieuse (Obs. n° 11) se fait accompagner jusqu'à l'hôpital par sa sage-femme qui évitera l'interrogatoire où sa cliente risquerait de s'embrouiller.

Dans d'autres observations, il semble que l'auteur aurait pu conclure de façon plus affirmative à notre avis.

Quand on cache sa grossesse, quand on fait deux visites consécutives à une sage-femme et que, bien portante le 8 juin on avorte le 10 (Obs. n° 12) n'est-il pas permis au légiste qui constate une perforation gangréneuse de conclure à des manœuvres criminelles.

Dans le cas de Strassmann (Obs. n° 30), que nous n'avons pas voulu classer dans celles où l'auteur est absolument affirmatif, ces réflexions même qui suivent l'exposé du cas : « De pareils trous peuvent-ils se former sans une intervention mécanique dont la conséquence est une inflammation suppurative de la paroi utérine ; bien que nous connaissions la métrite dissécante, nous voudrions répondre : non ; et dans ce cas de trou isolé pencher pour le traumatisme », ces conclusions si nettes ne condamnent-elles pas le doute

que l'auteur laisse planer sur sa première observation.

Dans ce cas de Morlet (obs. n° 47) où la perforation se fit suivant une plaie linéaire longue de deux travers de doigt sur la face antérieure de l'utérus, ne semble-t-il pas que c'est une signature laissée par l'instrument.

Dans l'observation de Gallard, une des plus anciennes, pourquoi cette visite policière qui *détermina ??* l'apparition d'un ictère ? ; malgré sa trivialité qu'il nous soit permis de répéter l'adage : « Il n'y a pas de fumée sans feu ».

Dans les quatre cas où les légistes n'ont pas conclu fermement, il en est deux où ils ont été forcés par le manque absolu de renseignements.

Dans les deux observations inédites (n° 4 et n° 6) l'enquête ne fut ni positive ni négative, elle fut nulle ; aurait-elle pû être commencée dans un cas deux mois environ après la mort de la victime !!!

Toutes ces premières observations si elles ne concluent pas dans le sens de notre thèse n'apportent pas, il faut l'avouer, des armes bien utiles à la théorie de la spontanéité de la perforation utérine gangréneuse.

Mais, à côté de ces observations dont la portée ne nous semble pas très grande, il en est d'au-

tres qui, par l'autorité de leurs auteurs, nous ont d'abord inquiété davantage.

Et nous voulons citer cette série de trois observations (nos 38, 39, 40) présentées à la Société de médecine légale par MM. Thoinot, Maygrier et Socquet et reprises à la Société d'Obstétrique par M. Maygrier seul.

Pour deux de ces cas les observations nos 39 et 40 la conclusion des auteurs fut moins formelle et elle rentre dans la catégorie de celles où les renseignements firent défaut. Mais, pour l'observation n° 38 elle fut absolument certaine et cette seule observation semble s'opposer au faisceau de faits assez nombreux que nous venons de réunir.

Il nous répugne d'autant plus de chercher à contrecarrer ses conclusions qu'elles sont dues en partie à notre Maître, mais c'est sur son conseil et avec son approbation que nous avons entrepris ce travail.

Très touché par les travaux de Beckmann et de Von Franque sur la métrite dissécante, M. Maygrier a voulu voir dans ce cas un exemple de métrite dissécante déterminée sous l'influence de l'infection seule, et l'enquête judiciaire a semblé lui donner raison en ce sens que l'on n'a pas trouvé de soupçons de tentative criminelle.

Peut-on s'appuyer d'une façon absolue sur ces renseignements parfois si mal donnés pour rejeter tout soupçon d'avortement fait peut-être, par une matrone plus intelligente, que les autres à cacher, son œuvre dans une famille, où le silence et la discrétion se seront faits d'une façon plus absolue et où le concierge et l'épicier du coin auront été moins bavards que dans d'autres cas !

Mais sur le terrain scientifique, le débat peut s'engager plus activement et la partie se lier plus étroitement. M. Maygrier a rapproché son cas :

1° D'une observation de von Franqué ;

2° Des observations de Beckmann.

A propos de l'observation de von Franqué il s'est exprimé ainsi : « Or tout dernièrement von Franqué vient de rapporter un fait où la gangrène s'est produite à la suite d'un avortement spontané ». Et là nous sommes en désaccord : en effet, ayant repris le travail de von Franqué, nous avons vu que loin d'en faire un avortement spontané, il concluait ainsi : Cette femme s'est livrée à des procédés mécaniques, à des manœuvres tendant à l'avortement au deuxième mois, et c'est alors qu'elle a été blessée et infectée par la pointe d'un instrument piquant qui a déterminé cette lésion et la production d'un abcès de la paroi (1).

1. Nous reproduisons le texte allemand :

Il y a, il nous semble, une confusion qui atténue singulièrement la portée des conclusions de M. Maygrier.

Le rapprochement de son cas aux observations de Beckmann nous semble être de même

« Der ganse Krankheitsverlanf lasst sich folgendenmaszen zusammen fassen : nach einem durch manuelle Ausræumung beendigten abort des 2 Monats entwickelt sich in ganz schleichender Weise ein hühnereigroszer abcess der linken uteruswand, ruft dann einen heftigen Schüttelfrost und sehr bedenklichen Allgemeinzustand hervor entleert sich aber spontan per vaginam nach, vielleicht in Folge einer bimannuellen untersuchung. Nachher herrschen noch etwa 6 Wochen subfebrile temperaturen, weitere 6 Wochen vollstændiges subjektives und auscheinend auch objectives Wohlbefinden, dann erst, bei der 4 Periode und etwa 4 Monate nach dem abortus, wird ein nekrotisches Stück der Uteruswand ausgestoszen, ohne weitere Folgen.

Dieser höchst merkwürdige und meines Wissens tis jetz nicht beobachtete Verlauf erscheint praktisch. noch wichtiger, aber auch leichter verstændlich, wenn wir nun noch über die Ætiologie berichten Die Pat., der die erneute Schwangerschaft sehr peinlich gewesen war, gab nachtröglich zu, dass sie sich wenige Tage vor ihrer Rückkehr Behufs Wiederhervorrufung der Periode, an eine ihr zu diesem zwecke empfohlenen Frau gewandt habe ; von dieser wurden lokale manipulationen vorgenommen, welcher Art, das konnte Pat. nicht næher angeben. Man wird jedoch Kaum fehlgeben, wenn man annimmt, das ein instrumenteller Abtreibungsversuch stattgefunden hat, bei welchem die Spitze des angewandten Instrumentes (Stricknadel oder etwas Ahnliches) eine Verletzung und gleichzeitige Infektion der linken Uteruswand hervorbrachte.

et venir confirmer encore plus, si on se rappelle l'analyse des faits de Beckmann dont nous avons parlé précédemment. Nous ne voulons pas insister plus longtemps, mais nous ferons remarquer que dans les observations rapportées par Beckmann où il y ait eu perforation gangréneuse constatée à l'autopsie on retrouve la trace d'une intervention intra-utérine quelconque.

D'ailleurs lors de la discussion qui suivit la communication de M. Maygrier, le docteur Tissier émit une opinion tout à fait différente de la sienne et prenant d'abord comme point de comparaison, le côté clinique, il estimait que : « et « les symptômes décrits par Beckmann ne sont « pas caractéristiques et ressemblent à ceux « d'une infection ordinaire et que d'autre part « les faits cliniques et les pièces rapportées par « M. Maygrier ne se rapprochent pas si aisé- « ment de ceux de Beckmann et de von Fran- « qué : s'il fallait une incertitude symptomatique, « elle serait fournie à notre méfiance précisé- « ment par les pièces que présente M. Maygrier « comme exemples typiques de sphacèle utérin ; « les utérus sont petits ; durs et rétractés et « l'évolution du mal fut si prompte qu'on dut « faire une enquête à l'effet d'élucider la cause « de ces morts quasi-subites ».

En effet, quand pour se rapporter aux observations de Beckmann où il y eut perforation gangréneuse (les seules que nous reproduisons), on constate que la mort a suivi à 7, 16, 28 et 55 jours le début de la maladie tandis que dans le cas de M. Maygrier elle est survenue au troisième jour.

« On peut, il est vrai se demander, dit tou-
« jours M. Tissier, s'il s'agit bien de gangrène
« utérine spontanée. J'avoue qu'à la vue, en
« l'absence d'autres éléments d'information,
« j'en douterais. Nous connaissions et l'on a
« signalé tout récemment encore à l'occasion
« de la mort tragique d'un chef d'Etat, le spha-
« cèle envahissant le pourtour des plaies
« infectées.

« Cette interprétation ne s'appliquait-elle pas
« au fait du docteur Maygrier d'autant qu'il
« s'agit d'avortement où des soupçons se sont
« élevés puisque les médecins légistes ont été
« convoqués et qu'en outre les deux perfora-
« tions siégeaient exactement au fond de
« l'utérus, lieu de l'élection des traumatismes
« imputables à des manœuvres criminelles
« abortives » (1).

1. Cette persistance des lésions gangréneuses situées toujours ou presque toujours (comme nous l'avons montré dans notre

M. Tissier dans ses conclusions n'aurait-il pas été plus ferme encore s'il avait connu la vérita-

partie anotomo-pathologique) nous avait inquiété à un moment donné et nous nous étions fait cette objection : pourquoi ce siège toujours si éloigné de l'orifice du col ? Tous les auteurs, il est vrai, l'ont admis comme un fait d'expérience. Ne semblerait-elle pas expliquer l'ignorance de beaucoup d'avorteuses qui, ne songeant qu'à un utérus à terme, s'en exagèrent la véritable profondeur. Dans tous nos cas nous avons eu affaire à des utérus de 10 et 11 cm. environ mesurés extérieurement, si l'on en déduit l'épaisseur du fond, 1 cm. en moyenne, nous arrivons à 9 cm. qui, ajoutés à la longueur du vagin, ne donnent pas un chiffre bien énorme. Si l'on considère surtout que ces dimensions vaginales (8 à 9 centimètres en moyenne) sont souvent très réduites en ce sens que parfois l'avorteuse viendra avec sa main appuyer sur le fond de l'utérus pour amener à elle l'objet qu'elle veut détruire et que, dans d'autres cas en opérant la femme étant debout, l'utérus vient de son propre poids se rapprocher de la vulve car il est constaté que, dès le début de la grossesse, les ligaments de l'utérus se relâchent. Enfin, à deux et trois mois de gestation, date la plus fréquente des manœuvres abortives, l'utérus prend une forme globuleuse, en gourde, qui ramène en quelque sorte son fond en avant.

Est-il besoin, en outre, que ce fond soit ramené fortement si l'on songe que bien souvent la matrone emploie comme l'ont montré Tardieu et Brouardel, des tringles de rideau (40 cm.), des épingles à chapeau (20 cm.), des aiguilles à tricoter (25 cm.), nous avons personnellement acheté (*pour nous documenter*) chez un herboriste une canule dite anglaise très employée pour ces sortes de manœuvres, elle mesurait 22 cm.

Les canules employées dans beaucoup de maternités de Paris pour les injections intra-utérines ne mesurent-elles pas 25 cm. ; n'est-il pas possible d'admettre que quelques-unes ont pu s'égarer entre les mains d'avorteuses !

ble interprétation que l'on doit donner à l'observation de von Franqué, représentée par M. Maygrier comme un avortement spontané et qui est en réalité un avortement criminel et si, en y réfléchissant il s'était aperçu que, dans toutes les observations de Beckmann ou rapportées par lui, où il y eut des perforations gangréneuses, constatées à l'autopsie, il y a eu des manœuvres intra-utérines faites dans un but thérapeutique ; interventions qu'il est permis de comparer aux manœuvres abortives directes si l'on se place au point de vue seulement du traumatisme de la muqueuse.

M. Thoinot dès qu'il a connu, au cours de la confection de ce mémoire, cette nouvelle interprétation des faits de von Franqué et de Beckmann, a dès à présent, douté de la si parfaite spontanéité de la perforation gangréneuse de l'utérus qui fit l'objet de sa communication.

Pour terminer ce travail, nous voudrions chercher à déterminer le mécanisme des perforations gangréneuses de l'utérus.

L'infection seule peut-elle les déterminer? Nous ne le croyons pas, et d'abord à l'appui de notre négation, nous apportons le faisceau de faits que nous venons d'examiner. En somme, dans nos observations il y a eu toujours des manœuvres intra-utérines, qu'elles aient été

obstétricales et par conséquent thérapeutiques ou simplement criminellement abortives, elles n'en ont pas moins existé.

L'infection seule peut déterminer la gangrène généralisée de l'utérus que nous ne décrirons pas et qui a fait l'objet de monographies nombreuses, mais toujours anciennes. Anciennes, en effet, car depuis la découverte de l'asepsie et de l'antisepsie voit-on beaucoup de gangrènes généralisées? Non. Cette disparition presque absolue de la gangrène généralisée de l'utérus d'une part et au contraire cette constance de perforations gangréneuses n'apporte-t-elle pas une preuve nouvelle à notre opinion : que, en plus de l'infection il faut une cause surajoutée pour créer une perforation gangréneuse.

Dans la remarquable thèse de Widal où il y a cependant 11 observations d'infections utérines post-partum ayant déterminé la mort; au cours des autopsies trouva-t-on une seule fois une perforation gangréneuse ? Non.

Cette cause nécessaire qu'il faut pour créer la perforation, c'est le traumatisme (1), c'est l'ins-

1. Ces traumatismes auxquels nous donnons tant d'importance sont ils si violents, pourrait-on nous dire ? Non évidemment, car nous savons que la grande crainte des avorteuses est de léser la paroi utérine et leurs manœuvres ne sont pas en général violentes, mais, poursuivies par l'idée de crever l'œuf,

trument qui vient érafler, piquer la muqueuse utérine et qui, par suite de l'inflammation et de la nécrose se transforme ultérieurement en perforation.

Point isolé de travail nécrosant et inflammatoire, comme dans la remarquable observation de Varnier dont la figure planche XI semble éclairer le processus de ces perforations. Ne semble-t-il pas que l'on va voir bientôt éclater la paroi utérine déjà si réduite pour peu que l'infection continue plus longtemps.

Et là, nous ne pouvons mieux faire, pour finir, que citer *in extenso* les conclusions de M. Richardière : « Nous ne pouvons malheu-« reusement que faire une hypothèse. Nous se-« rions tenté d'admettre que dans le cas de per-« foration simple, l'instrument vulnérant traverse « complètement la paroi utérine et lèse directe-« ment le péritoine, il se déclare alors immédia-« tement une péritonite suraiguë qui emporte

de le décrocher, de le faire couler, de bien achever sa destruction, beaucoup s'y donnent trop de mal en réalité et, dans ce *farfouillement* laborieux, elles produisent des lésions graves de la muqueuse.

De plus, inquiétées par avance des résultats qu'elles connaissent et ne voulant attirer et retenir trop longtemps l'attention de leurs victimes qui pourraient plus tard, en décrivant les circonstances diverses qui ont entouré l'avortement, en fournir la preuve, elles vont vite, au hasard, pressées d'en finir.

« rapidement la malade. La gangrène n'a pas le « temps de se produire, la perforation n'est plus « qu'un élément secondaire dans l'ensemble des « lésions. La péritonite domine, fixe le pronos- « tic et le rend à bref délai absolument fatal.

« Dans le cas de perforation gangreneuse, à « l'autopsie, l'utérus ne serait d'abord qu'incom- « plètement perforé. Ces tissus auraient le temps « nécessaire pour réagir sous l'influence du « traumatisme pour s'enflammer et se mortifier « suivant la nature de l'agent vulnérant et aussi « les conditions présentes de la nutrition. Que « l'agent du traumatisme soit virulent, que la « nutrition soit mauvaise, le sphacèle suivra le « traumatisme. Les bords de la lésion se morti- « fieront, formeront des lambeaux putrilagineux « dont la chute augmentera les dimensions de la « perforation en largeur et en profondeur. Grâce « aux progrès de la gangrène, l'utérus ne tar- « dera pas à être perforé complètement. Alors « seulement viendra la péritonite suraiguë ter- « minale.

« Plusieurs éléments peuvent expliquer la for- « mation du sphacèle secondaire de l'utérus, les « germes septiques transportés par des instru- « ments grossiers et malpropres jouent certai- « nement le rôle capital dans ce processus gan- « gréneux. Il faut aussi incriminer l'emploi de

« liquides irritants ou caustiques. Mais il ne faut « pas négliger l'état spécial de l'utérus, placé « dans des conditions de réceptivité toute spé- « ciale par le fait même de l'hypernutrition gra- « vidique.

« Peut-être faut-il aussi invoquer dans un cer- « tain nombre de cas l'irritation de la plaie par « les tissus fœtaux ou placentaires anormale- « ment retenus dans la cavité utérine à la suite « de l'avortement ».

Et ces lignes remarquables de netteté et de précision ne viennent-elles pas en quelque sorte séparer deux types de perforation gangréneuse :

Celle où un instrument rigide défonce brutalement l'utérus, la zone gangrénée serait alors le résultat d'une infection nécrosante secondaire à la perforation.

Celle où l'instrument venant simplement érailler la muqueuse, la dilacérer et ouvrir la porte d'entrée à l'infection et déterminer une gangrène circonscrite et perforante de l'utérus.

Quel que soit le mode de mécanisme qui sourit le plus au lecteur, le résultat n'en est-il pas hélas le même, et la cause n'en réside-t-elle pas moins dans la manœuvre abortive.

CONCLUSIONS

1° On rencontre à l'autopsie de femmes ayant expulsé un produit de conception, une lésion très particulière que l'on peut dénommer « perforation utérine avec gangrène localisée » (Richardière) ;

2° Cette lésion se rencontre dans la grande majorité des cas après des avortements, et quelquefois après des accouchements à terme ;

3° Il n'est pas démontré que dans un seul cas la perforation gangréneuse se soit montrée en dehors de toute manœuvre intra-utérine ;

4° Médico-légalement, quand on rencontre cette perforation on est autorisé à conclure à une manœuvre intra-utérine ; c'est-à-dire, à moins que l'enquête ne fasse la preuve du contraire, à des manœuvres criminelles abortives.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Auvard. — Traité de gynécol., 1895.

Auvard. — Traité d'accouchement, 2e édit., 1898.

Auvard. — Curage et perforation utérine, *in* Arch. de Tocol. et de gynéc., t. XXI, 1894.

Augustijn. — Abcessus parietis uteri (Inaugural dissertation Leiden), 1893.

Audebert. — De l'interv. dans l'infection puerp. post-abortive (thèse Bordeaux), 1889-1890.

Audebert. — Nouveau procédé abortif (Toulouse Médical), 2e s.; p. 271, 1902.

Aubin. — Recherche médicale de la crimin. dans l'avort. (thèse Bordeaux), 1885-1886.

Astruc. — Traité des maladies des femmes, 1765.

Ashford. — Metritis (Report of Columbia Hosp. for Women), 1873.

Aran. — Leçons cliniques sur les affect. de l'utérus et de ses annexes, 1858.

Alberti. — Ein Fall von Perfor. des Uterus... (Centralblatt für gyn , t. XVIII, p. 937), 1894.

Albert. — Latente microben endometritis in des schwangerschaft (Archiv. für gyn. 1901, B. 63 H. 3).

Ahlfeld et *Stachler.* — Etudes cliniques et bact. des rétentions placent. (Monat für geburt, 1900, B. XII. H. 6.

1. Chemin faisant la plupart du temps, nous avons donné les indications bibliographiques se rapportant directement à notre texte. Ici nous dressons une liste d'ouvrages qui éclairent les différentes questions (anatomiques, bactériologiques, cliniques, opératoires) soulevées dans notre thèse.

Balloch. — Criminal abortion (The American J. of obstetrics), 1902, t. XLII, p. 235.

Bacon et *Herzog.* — Fatal perforations of an uterus partially atrophied post partum (The American J. of obstetrics, 1899, v. 40, p. 752).

Balthazar. — Précis de médecine légale, 1906, p. 297.

Barnes —Clinical history of the medical and surgical diseases of women (Londres, 1878).

Bayer. – Arch. für gyn., B. XXI, h. 1, 1883.

Bayard. — Ann. hyg. publique, Médecine légale, 1847, t. XXXVII, p. 464.

Beckmann. — Die puerperale uterusgangræn (Zeitsch. für geb.), 1900, p. 423.

Behier. — Clin. méd., Maladies des femmes en couches, 1864, p. 519.

Benoist. — Infections puerpérales à lésion utérine prédominante, thèse Paris, 1901.

Biggs. — Ruptures of the uterus occurring in a case of criminal abortion (Proc. N.-York. path. soc., 1899, p. 104).

Biggs. — Proceeding of the N.-York, path. Soc., 1892, p. 45.

Birge. – A case of crim. abort. (Boston medical and surg., J., 1895).

Blondel. — Stat. de 100 cas d'avort. (Annales Société obstétricale de Paris, 1902, p. 135).

Boer. — Abhandlungen geburtshülfischen inhalts, 1793, t. III.

Bogdanik. – Kriminelle fruchtabtreibring mit uterusperforation (Wien. klin. therap. Woch., 1904, p. 119).

Bonnet. — Sepulcretum anatomicum, t. III, p. 125, obs. 5).

De Bovis. – Diagnostic des ruptures utérines (Semaine médicale, 25 avril 1906 et 30 mai 1906).

Bonamy. — De l'hyst. dans l'infect. puerp. aiguë (thèse Paris, 1898-1899).

Bonvalot. — De la mort subite. Phénom. d'inhib. ayant pour point de départ l'utérus (thèse Paris, 1891-1892).

Du Bouchet. — Recherches bactériologiques pour quelques cas d'affect. utérines (thèse Paris, 1896-1897).

Braun. — Centralblatt für gyn., 1897, p. 1327.

Branca. — Traité d'histologie, Paris, 1906.

Brindeau. — Cas curieux d'avortement criminel (Presse méd., 1899).

Brindeau. — Traitements des hémorragies dans les ruptures utérines (Société obst , Paris, 1902, t. V, p. 66)

Brindeau. — Abcès utérins abortifs (L'Obstétrique, mai 1901, p 275).

Brillaud-Lajardière. — De l'avort. provoqué au point de vue médical théol. et médico-légal (thèse Paris, 1862).

Briand et *Chaudé.* — Médecine légale, 1879.

Brion. — Etude critique sur 530 cas d'avortement (thèse Paris, 1892).

Brothers. — American Jour. of obstetrics, 1898, t. XXXVIII, p. 446.

Brouardel. — Rapport sur un cas d'avortement et de grossesse (Journal de médecine de Paris, 15 sept. 1901).

Brouardel. — La poursuite du crime d'avort. en France (Revue pratique d'obst. et de Podiatrie, déc. 1900 et janv. 1901).

Brouardel. — Crimes professionnels, avort. infant. (Gazette des Hôpitaux, 9 oct. 1888).

Brouardel et *Laugier.* — Société de méd. lég , 1888, t. X, 1889.

Brouardel — L'avortement, Paris, 1901.

Bryan et *Franklin.* — Lancet, London, 1876, p. 220.

Budin. — Du traitement de l'infec. puerp. (comm. faite à l'Acad. de méd., 9 juillet 1901), Obstetric, 15 juill. 1901, p. 316.

Budin — Deux cas d'avortement suivis d'accidents (Journal des sages-femmes, 1903, t. XXXI, p. 225).

Budin et *Demelin.* — Traité d'accouchement, 1904.

Busch. — Schriften zur beforderung, der kentniss des weibes und kindes, t. II, 1828.

Canestrini. — Historia de utero duplici, 1788.

Capaldi. — Del aborto criminoso (Gior. internaz. d. sc. med., Naples, 1903, t. XXV, p. 788).

Careno. — Archivio de obstetria et gynecol., déc. 1901.

Casper. — Traité pratique de méd. lég., traduction Baillier, 1862.

Caraes. — Les corps étrangers de l'utérus (thèse Paris, 1894-1895).

Castan. — Curetage de l'utérus dans les rétentions placentaires (thèse Paris, 1888-1889)

Cazeaux. — Rap. sur avort. provoqués (Bull. de l'Ac. de méd., 1862, t. XVII, p. 364).

Charpentier. — Art. Uterus (Nouv. dictionnaire de méd. et de chir. pratiques, 1885).

Champetier de Ribes. — Statistique de la maternité de l'Hôtel-Dieu, 1897, n° 384.

Charpentier. — Rapport à la Société de méd. lég. sur les signes de l'avort. pendant les premiers mois de la grossesse (Bull. de la Société de méd. lég. de France, 1877, p. 110).

Chaussinand. — Etude sur la statistique criminelle de France au point de vue médico-légal (thèse Lyon, 1881).

Chauveau. - Septi. puerp. expériment. (Lyon Médical, 1882).

Chevalier et *Devergie.* — Cas d'avort. suivis de mort (Annales hygiène publique et méd. lég., 1852, t. XLIII, p. 397.

Chaye. — Signes et diagn. de la gross. extra-utérine (thèse Paris, 1882).

Norman Chevers. — Manual of medical jurisprudence for India, 1870, p. 477.

Cohnstein. — Wokmann's klin. vortrae., n° 89, p. 689.

Coley — Analekten für Frauenkheiten, B 3, 1842, p. 317.

Colle. — Des perfor. traumat. de l'utérus (thèse Lille, 1892).

Compte rendu du IV^e^ congrès périodique internat. de gyn. et d'obst. — Rome. — Novembre 1902 (Revue de gyn., 1902, n° 5).

Cooper. — Cas de rupture utérine par dégén. tuberc. du fond de l'organe (British medical Journal, 29 oct. 1858).

Coutagne. — Des rupt pendant la gross. et de leur rapport avec avort. crim. (Compte rendu Société des sciences méd de Lyon, 1882-1883, t. XXII, p. 305).

Cornil. — Leçons sur les métrites (Journal des connaissances médicales, 5 avril 1888).

Cornil, Ranvier, Letulle et *Brault.* — Traité d'histologie pathologique.

Cortejanera. — Etiologie et nature des infections puerpérales (Congrès de Paris, 1900).

Courant. — Zur instrumentellen perforation des uterus (Centralblatt für gyn., 1897, p. 1411).

Cragin. — American gyn. and obstetric Journal, 1896, p. 362.

Crouzit — Perforations utérines (Arch. gén. de méd., Paris, 1823, p. 80).

Currier, — Report of a case of puerp. sept. of prolonged duration with manifold complications (American gyn. obst. Journal, 1896, t. I, pp. 317 et 362).

Daschewitsch. — Geburt. gynæk. Gesellschaft zu Kiew (27 nov. 1898).

Dance. — In Joseph Simon (thèse Strasbourg, 1852).

Danyau. — Essais sur la métrite gangréneuse (Paris, 1829).

David. — Mémoires sur la durée du trav. de l'avort. crimin. par manœuvres directes (thèse Paris, 1899).

Demelin et *Jeannin.* — Un cas d'infect. puerp. par putréf. fœtale intra-utérine (Bull. Soc. obst. de Paris, 1901, p. 267, 332, 363).

Dezeimeris et *Chassaignac.* — Mémoire sur la rupture de la matrice (l'Expérience, 1838, t. III, n° 94, p. 241).

Dittrich. — Das verhalten puerperalen uterus unter pathologischen verhalt. (Arch. für Heilkunde, vol. 10, p. 15.

Dixon Jones. — Criminal abortion medical records, juillet 1894, t. XLVI, p. 9.

Doderlein. — Discuss. sur étiol. de l'infec. puerp. (Congrès intern. de Paris, 1900).

Dionis. — Anatomie de l'homme, 1698, p. 395.

Doderlein. — Die entzündungen der gebartmutter (Veit's handbuch der gyn., t. II, p 305, 1897).

Dobbert — Uber partielle necrose des uterus und der vagina (Saint-Pétersbourg méd Wochenschr., 1890, t. VII, n° 23, p. 203).

Dobbert. | Journal für geburst., 1897, p. 9.

Doleris. — Rapport à la section d'obstétrique au Congrès de Paris, 1900.

Doleris. — De l'endo métrite et de son traitement (Nouvelles arch. d'obs. et de gyn., fév. 1897, p. 94).

Doleris. — Statist. sur l'avort. (Compte rendu de la Soc. d'obs. et de gyn. et de pœdiatrie, 13 février et 13 mars 1905, pp. 62 et 82).

Drake. — A case of sloughing of the uterus (Boston med. Journ et surg., 1872, vol. 86, p. 42).

Draper. — Notes of cases of crim. abort. (Boston med. and surg. Journ., 1896, t. CXXXIV, p. 429 et vol. 108, 1883).

Dramard. — De l'hystérec. dans l'infect. puerp. aiguë (thèse Paris, 1900-1901.

Dreising. — Uber verletzung des uterus (Inaug. diss. Berlin, 1894).

Dubois et *Devergie.* — Consult. médico-légales sur un cas d'avort. (Alf. Grand), Ann. hyg. publ. méd. lég., t, XIX, 1838, p. 425.

Dubois. — Ruptures utérines (Journ. de méd. et de chir. pratique, 1854, p. 201).

Dumont. — Dangers et complications du curetage post-partum (Arch. de tocol., 1895, vol. 22, p. 161).

Duparcque. — Histoire complète des rupt. et des déchir. de l'utérus du vagin et du périné (Paris, 1839).

Duplay. — Des ramol. de l'utérus et principalement de son ramol. gangréneux (thèse Paris, 1833).

Duplay et *Reclus* — Traité de chirurgie, 2e édition.

Dupuis. — De la perfor. des parois utérines par l'hystéro (thèse Paris, 1874).

Dupuis. — De la perfor. des parois utérines par la curette (Progrès médical, 1894, p. 36).

Eduardo. — Publicado en la cronica medica quirurgico de la Habana, 1890.

Ehrendorffer. — Uber metristis dissecans (Wien klinische Woch., 1896, p. 283).

Escande. — Etude clinique des avort. (thèse Paris, 1903).

Fairchild. — Accidental perforation of the uterus (Ann. gyn. et poed,, Boston, 1904, t. XVII, p. 223).

J.-L. Faure. — Sur le traitement de l'infect. puerp. aiguë par l'hyst. vaginale (Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1901, t. XXVII, p. 335.

J.-L. Faure. — Observations in Rebreyend, p. 186.

Fœvre. — Gangrène gravidique (Soc. obst. de France, 1898).

Fialowski. — Verbrechen der frucht. Pester med. ch. Presse, t. XXXVI, 1900, p. 1038).

Flandrin. — Perfor. de l'utérus par la sonde au cours de l'irrigation continue (thèse Paris, 1894-1895).

Fochier et *Coutagne*. — Avort crim. démontré par diagnos. rétrospectif de gross. (Arch. anthropologie crimin., t. II, 1887).

Foisy. — Avort. (Bull. et mém. Soc. anatomique, Paris, 1903. t. V, 6e série, p. 734).

Von Franqué. — Uterus abcess und metritis dissecans (Sammlung klinischer vortrage, 1901, p. 433, n° 316).

Fredet. — Rupture utérine (Bull. Soc. anat. de Paris, 1867 (2e série, t. XII, p. 281).

Ferdut. — De l'avort. au point de vue médical obst., médico-légal et théologique (thèse Paris, 1865).

Freericks. — Nederlandsche tijdschrift von genees kunde janv. 1858, avril 1859).

Gallard — Gangrène de la corne droite de l'utérus consécutive à un avort. (Bull Soc. anat. de Paris, 1856, t. XXXI, p. 467).

Gallard. — Ann. hyg. publ. méd. lég., 3e série, 1879, t. I, p. 358).

Galliot. — Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avort. crim. (thèse Lyon, 1883-1884).

Garrigues. — Metritis dissecans (Arch of medecine, 1883)

Garrigues. — Metritis dissecans (Arch. fur gyn., t. XXXVIII, 1890).

Garriques. — Metritis exfoliativa (New-York medic record., 1882, n° 7).

Gastellier. — Des maladies aiguës de la femme en couches (Paris, 1812)

Genesteix. — Du traitement des avortements (thèse Paris, 1886).

Getten. — Les injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées (thèse Paris, 1890-1891).

Gheorghiu. — Contribution à l'étude de l'infection puerpérale (Paris, 1900).

Gloeser. — Zur uterus perforation (Centralblatt. fur gyn., 1898, p. 139).

Gilles. — Considérations médico-légales sur quelques observations d'avortement (thèse Paris, 1889).

Goffe. — Medical News, 28 janvier 1899, p. 103.

Gottschalk. — Uterus gangræn (Berliner klinische Wochens., 1900, p. 37).

Gottschalk. Krimineller abort. und kindesmord. (Klinischer Jahrhb., Iéna, 1903, pp. 131 à 152).

Graham. — A case of mortification of the uterus occurring a few hours after (Med. chir. transactions, London, 1819, t. VI, p. 601).

Grammatikati. — O chastichnom omertoyenii matki poslye-rodovom (Russiche medical, Saint-Pétersbourg, 1885, pp. 256, 273, 291).

Griffith. — Instruments for the production of abortion sold in the market places of Paris (Med. records, New York, 1904, p. 171).

Grossmann. — Zur kazuistik der fruchtabtreibung (Virtel jahrs. für gerichtlich med., Berlin, 1904, p. 185).

Guerard. — Centralblatt fur gyn., oct. 1901.

Gueniot. — Discussion de la communication de Frédet (in Soc. anat. de Paris, 1867, 2e série, t. XII, p. 281).

Guzzo. — Rupture de l'utérus hors de l'état puerpéral par ramollissement de la matière tuberculeuse (Arch. gén. med., 1848, p. 104).

Halle. — Bactériologie du canal génital de la femme (thèse Paris, 1898).

Halmagrand. — Consultations médico-légales sur avort. (Paris, 1844).

Haven. — Rupture of the uterus (Boston med. Journ., janv. 1892, t. CXXVI, p. 83).

Haynes. — Two cases in which the uterus was perforated by a curette (American Journ. of obst., 1890, vol. 23, p. 1193).

Haynard. — American Journ. of the med. science, 1853, p. 47.

Hebb. — Gangrene of uterus (Transactions path. Soc. London, 1889-1890. vol. 45, p. 202).

Hedren. — Uber fruchtabtreibung von ger. med. (Stockholm, 1901), Ref. Centralblatt fur gyn., t. XXVI, p. 857.

Hektoen. — Perforating wound of the uterus (Chicago med. recorder, feb. 1891, Also clinical Review, oct. 1892).

Held. — Putrescence de la matrice (Gen. Berliner d. k. Rhein med., 1830).

Von Herff. — Perforation de l'utérus (der Frauenarz, 1886, t. I, p. 199).

Hervieux. — Gangrène vraie de l'utérus dans l'état puerpéral (Union méd. de Paris, 1865, 2e série, t. XXVIII, p. 452).

Hervieux. — Traité des maladies puerpérales (Paris, 1870, p. 244).

Hermann. — De ulcere uteri cancroso (Primitiæ phys. med. Lesnæ, 1750, p. 69).

Hewitt. — Diagnose path. und therap. der frauenkr (Erlangen, 1869, p. 170).

Hickmann. — Notes upon a case of perforation of the uterus during curtage (Med. News, 1895, vol. 66, p. 242).

Hitschmann. — Zur mikrokopischen diagnose des abortus (Centralblatt fur gyn., 1904, t. XXVIII, p. 961).

Hivet. — Soc. d'obst. et de gyn., Paris, 1898.

Honig. — Perforation des uterus mit der sonde (Berliner klin. woch., 18 avril 1870).

Hoffmann. — Nouveaux éléments de médecine légale (Introduction et commentaires par Brouardel, 1881).

Huguier. — De l'hystérométrie, Paris, 1876, p. 293).

Husson, — Soc. anat. de Paris 1836, t. II, p. 35.

Hureau de Villeneuve. — De l'accouchement dans la race jaune (thèse Paris, 1863).

Isch-Wall. — Métrite gangréneuse et villeuse ; rétrécissement du vagin (Bull. Soc. anat. de Paris, 1899, p. 594).

Ispolatoskaja. — Perimetritis dissecans post-partum. Necrosis uteri (Vratsch., Saint-Pétersbourg, 1884, p. 85).

Jacobs. — A propos de l'avort. (La Policlinique, 15 oct. 1895, p. 335).

Jassinski. — Des injections intra-utérines dans l'infection puerpérale, 1888-1889.

Jayle. — Des péritonites (thèse Paris, 1895).

Jeannin. — Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides (thèse Paris, 1902).

Johnson. — Criminal abortion (American Journ. of obst., 1902, p. 278).

Johnston. — Gangrene of the uterus (Dublin Q. J. med. sur., 1871, p. 157, vol. 51).

Kaiser. — Quædam de sphacelo utero gravidi observationibus illustrato (thèse Iéna, 1740).

Kee. — Abortion (The american Journ. of obst., 1891, t. XXIV, p. 1321).

Kentmann. — Myométritis oedematosa (Monatsch. fur geburth. und gyn., oct. 1898).

Kelly. — American Journ. of obst., janvier 1891, t. XXIV, p. 42.

Kelly. — Operative gyn. (t. I, p. 480).

Keyes. — The sequalæ and treatment of abortion (The American Journ. of obst., 1905, t. LI, p. 348).

Kirby. — A case of sloughing of the fundus uteri after parturition (Medical Times and Gazette, London, 1854, p. 466).

Klaatsch. — Hufland's Journal der praktischen heilkunde, 1823, 1er et 2e cahiers.

Labadie-Lagrave et *Legueu.* — Traité de gyn. méd. chir., 1905.

Lacassagne. — Rupture de la matrice consécutive aux manœuvres abortives (Arch. d'anthropologie crim., 1889).

Lacassagne. — Précis de méd. jud.

Lacassagne. — Précis de méd. lég., 1905.

Lacassagne. — Considérations médico-légales sur l'avortement (Arch. d'anthropologie crim., 1887).

Lachapelle. — Pratique de l'art des accouchements (Paris, 1825, t. III, p. 84).

Ladame. — Suggestion hypnotique et avortement (Arch. d'anthropologie crim., 1887, p. 452).

Laguerre. — Contribution à l'étude de l'avort. crim (thèse Toulouse, 1892-1893).

Lapointe. — Communication à la Société de chirurgie de Paris, février 1906.

Latour. — Perforations spontanées (Paris, 1815, t. I, p. 209).

Laugier. — De la gangrène de l'utérus (thèse Strasbourg, 1865).

Lawson-Tait. — De la perforation utérine par l'hystéromètre ou la curette (Archiv. de tocol. et de gyn., 1895, p. 645).

Leblond. — Valeur médico-légale de l'intégrité des membranes dans l'avort. crim. (Ann. de gyn., août 1875).

Le Dentu et *Delbet*. — Traité de chirurgie clinique et opératoire (Articles de Schwartz et Pichevin).

Lemoine. — De l'avort crim., Paris, 1896-1897.

Lenoir. — Perforations dans les opérations pratiquées par la voie vaginale (thèse Paris, 1897-1898).

Letulle. — Anatomie pathologique, p. 214.

Lewers. — Ruptures de l'utérus pendant la grossesse (Ann. de gyn., 1887, p. 316).

Lewis. — The traum. of pregnancy (Med. record New-York, vol. 61, p. 196, 1902).

Leyden. — Thèse, 1893.

Liebmann. — Uber die perforation der uterus vandel mittels der sonde (Corresp. Blatt fur Sweise erzte, 1879).

Liebmann. — Perforazione delle parieti dell utero con l'isteremetro (Trieste, 1878).

Liman. — Gerichliche med., 1881.

Loewy (*Ad.*). — Thèse Breslau, 1888.

Loewy (*Ad.*). — Viertelj. für gerichtl. med. (nouvelle série 49, pp. 362, 50, 106).

Lucas. — Contribution à l'étude du traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet (thèse Paris, 1895-1896).

Luroth. — Essai sur le ramollissement et la putrescence de l'utérus (thèse Strasbourg, 1827).

Maag. — Gangrène de l'utérus (Hospitals Tindende, R. 4, t. II, p. 273, 1894, Copenhague).

Macé. — Paroi utérine et perforations provoquées (Bull. Soc. obst., Paris, 1902).

Magnus-Tate. — Gangrène puerpérale (American Journal of obst., avril 1898, t. XXXVII, p. 501).

Maleef. — Etudes cliniques des perfor. utérines abort. (thèse Lyon, 1905).

Marsais. — Des blessures de la matrice dans les manœuvres crim. abort. (thèse Lyon, 1890).

Martin (*Christ.*). — Perforation de la paroi utérine (Edimburgh med. Journ., 1896).

Martin (jeune). — Observation de gangrène (Mém. de méd. et de chir. pratique, 1835, p. 280).

Martineau. — Traité clin. des affect. de l'utérus et de ses annexes, Paris. 1879).

Maschka (*von*). — Viertelj. für gericht. medicin, 1883-1884.

Mann (*Matthew*). — Perforation of the uterus after abort. with prolapse of intestine (American Journ. of obst., 1895, t. XXXI, p. 602).

Mattei. — Rupture pendant le travail de l'accouchement (thèse de concours, Paris, 1860).

Mauclaire. — Trois cas de perfor. graves de l'utérus (Ann. de gyn. et d'obst., t. LIX, 1903, p. 123).

Mauclaire et *Macé* — Deux communications à la Soc. d'obst. 20 nov. et 18 déc. 1902.

Maygrier. — Présentation de deux étérus gangrénés (Bulletin de la Soc. d'obst. de Paris, nov. 1901).

Maygrier. — Gangrènes utérines (Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég., 1901, 3e série, t. XLVI, p. 547).

Maygrier. — L'avortement multiple (Journ. des practiciens, 1902, t. XVI, p. 577).

Maygrier. — Pronostics et traitements de l'avortement crim., (Ann. de la Société obstétricale de France, 1902, p. 85).

Ménière. — Arch. gén. de méd. (juin 1826).

Millard. — Gangrène du col et de la vessie après accouch. (Bull. Soc. anat. de Paris, 1856, t. XXXI, p. 397).

Miot. — De la conduite à tenir dans la rétent. placent. (thèse Paris, 1897-1898).

Miquel. — Les perforat graves de l'utérus au cours du curetage et de... (thèse Paris, 1901-1902).

Morlet. — Perfor. post-partum et post-abortum (thèse Paris, 1904-1905).

Moulin et *Guibert*. — Arch. gén de méd., 1825, p. 382.

Mouchotte. — Documents pour servir à l'étude de l'hyst. dans l'infect. puerp. post-abortum (thèse Paris, 1902-1903).

Newmann. — Criminal abortion (Saint-Louis med. Revue, 1903, pp. 128-130).

Odebrecht. — Bemerkungen (Centralblatt fur gyn., 1879, p. 1442).

Oldham. — Guy's hospital reports, 1845.

Ollivier, — Mém et consult. médico-légale sur l'avort. provoqué (Ann. hyg. pup. méd. lég., 1839, t. XXII, p, 109).

Osterloh. — Verletzungen der gebarmutter (München med. Woch., t. I, p. 903).

Passot. — Etudes et observ. obst. (Gaz. méd. de Lyon, 1853, p. 22).

Payan. — Rapports (Bull. de l'Acad. méd. de Paris, t. IX).

Patru. — Passage d'une sonde de l'utérus dans le rectum (Revue de la Suisse romande, 1896).

Petit. — Le droit de l'enfant à sa mère (thèse Paris, 1895).

Perl. — Ein interessanter forensischer fall von fruchtab. (Wien. klin. therap. Woch., 1904, p. 778).

Perrin de la Touche. — Observ. médico-légales sur un cas d'avort. crim. (Ann. hyg. publ. méd. lég., fév. 1895).

Penrose. — Report. of a case of hysterec. (American Journ. of obst., 1896, t. I, p. 678).

Penrose. — A case of puerperal thrombosis (American Journ. of obst., 1896, t. I, p 673).

M'Pherson. — Medical Gazette, vol. 45, 1850, p. 693).

Pichevin. — De l'avort. crim. (Sem. gyn., 8 avril 1903).

Picqué. — Communication sur une hystérec. abdom dans une perfor. utérine abort (Soc. de chir., 5 octobre 1904).

Picqué. — Hystérect. abdom., et infec. puerp. (Bull. Soc. obst. de Paris, 1902, p. 145).

Picqué — De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés de sept. puerp. (Soc. de chir., 6 fév. 1901, t. XXVII, p. 124).

Picqué — Gangrène et perforation utérine (rapport) (Bulletins et mémoires de la Société de chir. de Paris, 30 mai 1906, p. 529).

Pinard et *Wallich.* — Traitement de l'infection puerp , Paris, 1896.

Pingault. — Obs de gang. de l'utérus (Bull. Soc. méd. de Poitiers, t. III, n° 29, avril 1861).

Polak. — Presumed perfor. uterus with douche nozzle by midwife (Brooklyn med. Journ., 1903, t. XVII, p. 376).

Porak. — Observation de perfor. avec gangrène (Discussion, communication Mauclair-Macé, Bull. Soc. obst. de Paris, 1902, p. 362).

Pourtales. — Arch. fur gyn., 1899, t. LVII, p. 53.

Ponteau. — Mélanges de chirurgie, 1760, p. 182.

Pozzi. — Traité de gyn , Paris, 1905, p. 200.

Primerose. — De morbis mulierum, livre 5, Rotterdam, 1655.

Prochownick. — Monatschr. fur gebur. und gyn., 1899, t. IX, p. 17.

Prochownick. — Die Ausschneidung der puerperal sept. Gebærmutter (Monatschr. fur gebur. und gyn., 1899, t. X, p 14).

Queisner. — Zur instrumentellen perforation des uterus (Centrablatt für gynecologie, 1898, t. XXII, p. 712).

Ralb Ruckhart et Lehmus. — Beitrag der Berliner gesell. f. geb. und gyn., 1872-1873, t II, p. 12.

Raffray. — Thèse Paris, 1893.

Ranwez. — Relations de quelques faits pour servir à l'étude de l'avort. (Presse médicale belge, Bruxelles, 1903, V, p. 473).

Rayer. — Ephéméride des curieux de la nature (Etude de l'endométrite gangréneuse), an VIII, 1er décembre, obs. 60.

Rebreyend. — Plaies perforantes de l'utérus (thèse Paris, 1900-1901).

Ribemont-Dessaignes et *Lepage.* — Précis d'obst., 3e éd., 1904.

Richard. — Gangrène de l'utérus et du vagin (Bull. méd. du Nord, 1876, t. XV, p. 323).

Richardière. — Des perforations utérines avec gangrène circonscrite (Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég., 1887, p. 427, t. XVIII).

Ries. — Dber die atrophie des uterus nach puerperaler Erkrankungen (Zeitschr. fur geburstsh und gyn., vol. 27, p. 1).

Risthelueber. — Nouveau journal de médecine, t. XXVII, p. 228.

Roberts. — Two cases of rupture of uterus (Lancet, 19 déc. 1896).

Roby. — De l'avortement au point de vue médical et médico-légal (thèse Montpellier, 1890-1891).

Sabin — Rupture d'un utérus non gravide (New-York med , Journ., 1879, p. 152).

Saxinger. — Uber krankheiten des uterus (Prager vierteljahrschrift, B. 23, S. 151, 1866).

Scanzoni. — De la métrite chronique (traduit par Sifermann, Paris, 1866).

Scanzoni. — Uterus abcess (Lerbuch der krankeiten der Weib sexualorgane, 1875, S. 224, Wien).

Schmidt. — Uber einen fall von metritis dissecans (Allg. med. centralzeitung, 1899, n° 64).

Schmidlechner (Karl). - Gangrena uteri partialis (Metristis dissecans), (Arch. fur gyn., 1906, vol. 78, heft. 3, p 524).

Schroeder. — Maladies des organes génitaux de la femme (traduction Lauwers, Bruxelles, 1886, p. 125).

Schronbeck. — Centralblatt., 1905.

Schultze — Centralblatt fur gyn., 5 juillet 1902.

Schwab. — Cas de perforation très probablement traumatique de l'utérus (Bull. de la Soc. d'obst. de Paris, 1895, p. 495).

Schroeder. — Handbuch der frauen frankheiten (Erlangen, 1874, p. 15).

Shenck. Munchner medic Wpch., 1901, n° 22.

Scott — A case of criminal abortion (American Journ. of obst., janvier 1896, pp. 72 128 et 129).

See. — A propos d'un abcès de l'utérus (The Journ. of obst., février 1904).

Seelig. — Uber uterus perforation durch die Sond. (Inaug. dissert. Wurtzburg, 1873, p. 6).

Sewening. — Die uteri gangrena (Berlin, thèse, 1900).

Shortt. — On criminal abortion (Transactions of obst. Society, 1867, vol. 9, p. 6).

Sinety (de). — Manuel de gyn.. p. 353.

Siredey. — Traité des maladies puerpérales (Masson, 1884).

Smith. — Perforation of the uterus with curetting ; how it happens (Journ. surg. et gyn. Saint-Louis, 1903-1904, t. XVII, p. 743).

Smitt (de). — Zur kazuistik des abortus provocatus (Arch. fur gynec. Berlin, 1902, t. XXVI, p. 743).

Smith. — Médecine légale, p. 329, 1829.

Smith. — Rupture de l'utérus par inflammation gangréneuse (American Journ. of obst., vol. 4, 1871).

Spilmann. — Article Gangrène (Dechambre, t. VI).

Strasmann. — Lehrbuch der grichtlichen medicin (Stuttgart, 1895).

Strasmann. — Monatschrift für gebürtskunde, 1862.

Synephias. — Suppurations pelviennes (thèse Paris, 1894).

Syromjatmikoff. — Die ersten falle der dissecirenden gebærmutterentzundung (Metritis dissecans, Arch. fur gyn., 1881, vol. 18).

Tacheron. — Suspicion d'avortement (Ann. d'hyg. publ. et méd. lég , t. XI, 1834, p. 191).

Tait. — A case of idiopathic gangrene of the uterus (Tr. obst. Soc. London. 1884, t. XXV, p. 248).

Tardieu. — Article Avort. (Dictionnaire de méd. prat., t. IV, p. 339, Paris, 1866).

Tardieu. — Annales d'hygiène publique et de médecine légale, années 1848, 1855, 1856.

Tardieu. Etudes médico-légales sur l'avortement, Paris, 1881.

Tarnier et *Budin.* — Article Infection puerpérale (Dechambre).

Tarnier, *Chantreuil* et *Budin.* — Traité d'accouchement, t. II.

Taylor. — Traité de médecine légale (traduction Coutagne).

Thomas. — Des indications de l'hyst. dans l'infection puerp. (thèse Paris, 1904-1905).

Thoinot-Socquet et *Maygrier*. — Gangrènes utérines (Bull. de la Soc. de méd. lég. de France; 1901, p. 95, t. XVII).

Thoyer-Rozat. — Corps étrangers de l'utérus (Ann. Soc. obst. de France, 1901).

Toth. — Perforiter bei beendigung des abortus laparatomie, etc. (Ungar med. press Budapest, 1904, t. IX).

Toth. — Perforation of the uterus followed by abortion ; laparotomy (Gynecologia Budapest, 1904, p. 188).

Tourdes. — Article Avortement (dictionnaire Dechambre).

Trask. — American medical Journ. of sciences, 1848.

Triaire. — Des ruptures de l'utérus et du vagin (Arch. de tocologie et de gyn., Paris, 1880, p. 413).

Trotta. — Archives italiennes de gyn., 1901.

Tonnelé. — Endométrite putrescente (Arch. gén. de méd., 1830, 1re série, t. XXII, p. 477).

Tschernomordik-Ginsbourg. — Perforation de l'utérus dans une centaine d'avortements (Journ d'accouch. et de gyn., Saint-Pétersbourg, 1894).

Tuffier. — De l'hyst. dans l'infection puerp. aiguë (Bull. de la Soc. de chir., 1899, t. XXV, p. 803; 1901, t. XXVII, p. 239).

Tuffier. — Hyst. dans l'infection puerpérale (Revue de gyn., n° 5, 1902). Discussion du Congrès de Rome et rapport.

Van de Velde. — Uterusvapokauterisation. Tod durch septische peritonitis nach spontaner sekundærer perforation (Centralblatt fur gyn., 31 déc. 1898).

Varnier. — Autopsie d'une femme qui s'était fait avorter (Bul. de la Soc. d'obst., de gyn. et de Pédiatrie, 1902 p. 171).

Veit. — Uber criminellen abortus (Deutsche medicinische Wochen., 23 décembre 1886).

Veit. — Observations de rupture utérine (Berliner klinische Wochen., 13 mai 1878).

Vibert. — Précis de médecine légale, 1903.

Vibert. — Affaire du docteur Laffitte. Accusation d'avortement (Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég., oct. 1894).

Vibert. — Considérations médico-légales à propos d'une affaire d'avortement multiple (Soc. de méd. lég. 14 nov. 1892).

Vibert. — Mort par syncope pendant des manœuvres abortives (Soc. de méd. lég., 7 juillet 1890).

Vibert (Louis). — Contribution à l'étude du traitement de la rétention du placenta dans l'avortement (thèse Paris, 1891-1892).

Vigaroux. — Cours élémentaire sur les maladies des femmes, Paris, 1801, t. II, p. 381.

Vincent. — Perforation de l'utérus dans des manœuvres abortives (Soc. nat. de médecine de Lyon, 6 juillet 1896).

Walthard. — Bakteriologische untersuchungen (Arch. für gyn., 1895).

Walther. — Uber einen fall von metritis dissecans puerperalis (Munchner med. Woch., 1894, n° 2).

Watson. — An attempted abortion (Virginia medical, 1902-1903, t. VII, p. 562).

West. — A case of rupture of the cervix attending criminal abortion (Old dominion J.-M. et S. Richmond, 1905-1906).

Weston. — Gangrena of the uterus (Proceedings of the New-York path. Soc., 1892, p. 45).

Whorry. — Criminal abortion (Bristol med. Journ., 1882).

Widal. — Etude sur l'infection puerpérale (thèse Paris, 1888-1889).

Willard. — Accident du curetage (thèse Paris, 1898-1899).

Winter. — Zeitschrift fur geburtshulfe und gyn., 1897, p. 236.

Winter. — Zur Behandlung des aborts (Therap. d. gegenwart Berlin et Wien, 1904, pp. 33 et 67).

Wintrebert — De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales (thèse Paris, 1894-1895).

Wisard. — De l'intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après avortement (thèse Paris, 1888).

Wormser. — L'infection de la cavité utérine dans l'état puerpéral (Bâle, 1900).

Worobjoff. — Botkins' hospitalzeitung, 1892, p. 866).
X.... — Criminal abortion (Lancet, 1887, t. I, p. 587).
Zacchias, - Médecine légale, 1660.

VU :
Le Président de la thèse,
POUCHET.

VU :
Le Doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS. VII

INTRODUCTION. XI

CHAPITRE PREMIER. — Observations n_{os} 1, 2 et 3 . 1

CHAPITRE DEUXIÈME. — *Historique* 23

Gangrène de l'utérus. 23

Mémoires médico-légaux sur la gangrène de l'utérus 24

CHAPITRE TROISIÈME. — *Anatomie pathologique.* . 38

Généralités sur la gangrène 38

Lésions macroscopiques produites par la perforation gangréneuse. 41

Forme des perforations. 44

Lésions de voisinage. 46

Lésions microscopiques produites par la perforation gangréneuse 47

Diagnostic entre les perforations gangréneuses et les abcès utérins 52

Les ruptures utérines 54

CHAPITRE QUATRIÈME. — *Symptomatologie* . . . 57

CHAPITRE CINQUIÈME. — Observations d'avortements où l'on a trouvé des perforations utérines gangréneuses 61

Observations 4 à 7 (inédites) 61

Observations 7 à 50 (ordre chronologique). . 71

Tableau synthétique de ces 49 observations . 161

CHAPITRE SIXIEME. — Observations d'accouchements où on a trouvé des perforations utérines gangréneuses 162
Observations nos 50 à 60 162
Tableau synthétique de ces 11 observations . 181
CHAPITRE SEPTIÈME. — *Etiologie et pathogénie des perforations utérines gangréneuses* 182
Discussion des observations de perforatrons *post partum* 183
Discussion des observations de perforations *post abortum* 193
Pathogénie 196
CONCLUSION. 201
BIBLIOGRAPHIE 203

TABLE DES PLANCHES

Planches I, II et III entre les pages 6-7
— IV et V — 14-15
— VI et VII — 20-21
— VIII — 66-67
— IX et X — 128-129
— XI page. 138
— XII — 146

LAVAL. — IMPRIMERIE L. BARNÉOUD ET Cie

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE